



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

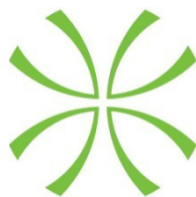
Integração Vertical em Saúde

Dissertação de Mestrado

Ruben Joaquim Pinto Loureiro

Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde

Tomar, novembro de 2015



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Ruben Joaquim Pinto Loureiro

Integração Vertical em Saúde

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Professor Doutor Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Professor Adalberto Campos Fernandes

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde.

Resumo

As Unidades Locais de Saúde são um modelo de Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados integrados verticalmente, que surge em 1999 como um projeto pioneiro através da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e conta hoje com oito Unidades Locais de Saúde implementadas e em funcionamento.

O objetivo desta dissertação consiste em avaliar a integração existente nas Unidades Locais de Saúde (ULS), compreendendo várias fases de investigação: verificar quais os possíveis fundamentos económicos para a integração vertical em saúde; análise dos contributos de outros autores acerca dos resultados e problemas identificados nas Unidades Locais de Saúde; revisão do estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de fevereiro de 2015 acerca do desempenho das Unidades Locais de Saúde e posterior comparação preliminar aos dados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) para verificar as diferenças existentes na prestação de cuidados em unidades hospitalares integradas e unidades hospitalares não integradas. Por fim, pretende-se compreender os resultados recolhidos, aplicando um questionário a profissionais das Unidades Locais de Saúde existentes em Portugal, essencialmente a gestores de topo, onde se averiguará a necessidade de integração nestas organizações de saúde assim como a identificação de fracassos e alterações a sugerir para este modelo (Unidades Locais de Saúde).

Os resultados obtidos nem sempre foram conclusivos, pois com base no estudo realizado, as Unidades Locais de Saúde apresentam condições para uma correta integração vertical verificando-se, contudo, que necessitam de orientações e incentivos específicos para uma melhor integração assim como, tempo de adaptação ao modelo integrado.

Existem vários aspetos a melhorar, devendo as ULS's apostar na oferta dos Cuidados de Saúde Primários (promoção e prevenção da saúde) e o incentivo na relação entre os diversos tipos de cuidado com o apoio da Telemedicina.

Palavra-chave: Integração vertical; Unidade Local de Saúde; Teoria dos Custos de Transação; Eficiência Produtiva.

Abstract

The Local Healthcare Unit (Unidade Local de Saúde) is a vertically integrated model that comprises Primary Health Care, Hospital Care and Continued Care that emerges in 1999 as a pioneering project in the Matosinhos Local Healthcare Care Unit and currently has eight implemented and operational Local Health Care Units.

The aim of this thesis is to evaluate the existing integration in the Local Healthcare Units (LHU) comprising several stages of research: ascertain the possible economical grounds for the vertical integration in the health care; analyse other authors' contributions on the identified results and problems in Local Healthcare Units; review the Portuguese Health Regulation Authority's study conducted in February 2015 on Local Healthcare Units and subsequently compare it with the Central Administration of the Health System's data in order to examine the differences in care between integrated and non-integrated hospital units. Finally, we intend to understand the compiled results, by applying a questionnaire to the professionals, mainly to the senior managers, working in the Portuguese Local Healthcare Units, in which will be examined the need for integrated health organizations, the failures identified and the changes that can be suggested for this model (Local Healthcare Units).

The results were not always conclusive. Based on the conducted study, Local Healthcare Units have conditions for a correct vertical integration; however, they require specific guidance and incentive towards a better integration, as well as time to adapt to the integrated model.

Several aspects can be improved. The LHS must develop the supply of Primary Healthcare Care (health promotion and prevention) and the relationship between the several types of care with the support of telemedicine must be encouraged.

Keywords: Vertical Integration; Local Health Unit; Theory of Transaction Costs; Productive Efficiency.

Agradecimentos

Diversa foi a cooperação relevante à implementação deste estudo, desde instituições, colegas, professores e profissionais de diversas instituições, aos quais não poderei deixar de agradecer por toda a colaboração.

Os primeiros agradecimentos dirijo-os ao meu Orientador Professor Doutor Eduardo Mont`Alverne Brou (Escola Superior de Gestão de Tomar- Instituto Politécnico de Tomar) e ao Coorientador Professor Adalberto Campos Fernandes (Escola Nacional Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa) por todo o apoio e dedicação ao longo do desenvolvimento da dissertação. Não poderia também deixar de agradecer ao Professor Doutor Jorge Simões na qualidade de Diretor de Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde e também um agradecimento especial ao Instituto Politécnico de Tomar na pessoa do presidente, Exmº Sr. Professor Doutor Eugénio de Almeida e do Exmº Sr. Professor Doutor Francisco Carvalho diretor da Escola Superior de Gestão de Tomar.

Endereço um especial reconhecimento à Professora Maria João Inácio, do Instituto Politécnico de Tomar, pela sua dedicação e valioso contributo para esta dissertação.

Não menos importante, cito vários profissionais e amigos que me auxiliaram neste estudo, contribuindo não só com apoio técnico de grande relevância mas também incentivando de forma a torna-lo possível:

Dr. António dos Santos Almeida (Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE);

Doutor Baltazar de Castro Fernandes;

Dr. Eduardo Castela;

Prof. Francisco Velez Roxo (Universidade Católica Portuguesa);

Enf.º Jorge Pires (Ordem dos Enfermeiros);

Dr. Jorge Cartaxo (Discente Instituto Politécnico de Tomar);

Dr. Luís Fonseca (Município de Coruche);

Eng.º Luís Coelho (Município de Coruche);

Doutora Marta Temido;

Dr. Ruben Marques;

Dr.^a Sónia Cabeça;

Dr. Victor Herdeiro (ULS Matosinhos);

Por fim, elevo a público uma palavra de consideração a pessoas muito importantes em todo o meu percurso académico, pelo apoio incondicional: **a minha família.**

Índice

Índice de Figuras	XIII
Índice de Tabelas.....	XV
Lista de Siglas	XIX
1. Introdução	1
2. Contextualização Sócio Histórica da Saúde em Portugal	7
3. Políticas de Saúde	9
3.1. Tipos de Sistemas de Saúde	9
3.2. Organizações de Cuidados de Saúde em Portugal	10
3.2.1. Cuidados de Saúde Primários (CSP)	11
3.2.2. Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)	15
3.2.3. Cuidados Continuados Integrados (CCI).....	17
3.3. Unidades Locais de Saúde (ULS)	20
4. Integração Vertical.....	25
4.1. Definição	25
4.2. Eficiência Produtiva	27
4.3. Custos de Transação.....	28
4.4. Integração Vertical em Saúde	34
5. Fundamentos Económicos para a Integração Vertical em Saúde	41
6. Contributos de outras investigações	49
6.1. Síntese conclusiva	62
7. Problemas de Integração	65
8. Metodologia da investigação	69
8.1. Enquadramento.....	69
8.2. Desenho de investigação	69
8.3. Pergunta de Partida e Objetivos	71

8.4. Caraterização das instituições participantes no estudo	76
8.5. Resultados	79
8.6. Discussão	102
9. Conclusões.....	107
Bibliografia.....	109

Índice de Figuras

Figura 1: Integração de Cuidados - fatores de oferta e procura.....	3
Figura 2: Cronologia do sistema de saúde.....	7
Figura 3: Sistema de Cuidados de Saúde.....	11
Figura 4: Organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – Cuidados de Saúde Primários.....	13
Figura 5: Estrutura das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar.....	14
Figura 6: Tipologia dos Cuidados Hospitalares	16
Figura 7: Envelhecimento populacional	17
Figura 8: Tipologia das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)	19
Figura 9: Mapa e cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde.....	20
Figura 10: Unidade Local de Saúde como Unidade Administrativa dos diferentes tipos de cuidados.....	21
Figura 11: Cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde.....	22
Figura 12: Integração Vertical.....	26
Figura 13: Fatores imprescindíveis à Integração Vertical.....	26
Figura 14: Information impactedness	30
Figura 15: Esquema de hipóteses para a Integração Vertical.....	32
Figura 16: A gestão nos diferentes tipos de cuidados – Unidades Locais de Saúde	39
Figura 17: Índice de envelhecimento em Portugal	42
Figura 18: Dificuldades no acesso aos Cuidados de Saúde.....	43
Figura 19: A referenciação nos Cuidados de Saúde.....	46
Figura 20: Cronologia dos principais resultados das Unidades Locais de Saúde	49
Figura 21: Análise dos resultados existentes acerca das Unidades Locais de Saúde.....	51
Figura 22: 1 ^{as} Consultas realizadas em tempo adequado – relação entre unidades integradas e não integradas	55
Figura 23: Percentagem de reinternamentos em 30 dias – relação entre unidades integradas e não integradas	59
Figura 24: Percentagem de cirurgia de ambulatório – relação entre unidades integradas e não integradas	60

Figura 25: percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias – relação entre unidades integradas e não integradas	61
Figura 26: Principais fases do estudo	69
Figura 27: Desenho da investigação.....	70
Figura 28: Caraterização das Unidades Locais de Saúde em funcionamento.....	76

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estrutura da dissertação	4
Tabela 2: Sistemas de Saúde (Bismark e Beveridge)	9
Tabela 3: Enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde	21
Tabela 4: Conceitos de Custos de Transação	29
Tabela 5: Especificidade dos ativos.....	32
Tabela 6: Resultados internacionais acerca da Integração	37
Tabela 7: Resultados favoráveis após a integração	38
Tabela 8: Determinantes essenciais à integração vertical	44
Tabela 9: Tópicos a analisar com base nos estudos existentes.....	51
Tabela 10: População residente a ≤ 15 minutos da Unidade de Saúde	52
Tabela 11: Rácio de Enfermeiros e médicos por população	53
Tabela 12: Tempo médio de espera dos episódios operados.....	54
Tabela 13: Síntese de resultados - Acesso.....	56
Tabela 14: Excelência Clínica – relação entre unidades integradas e não integradas.....	57
Tabela 15: 1ªs Segurança do doente – relação entre unidades integradas e não integradas	57
Tabela 16: Focalização no doente – relação entre unidades integradas e não integradas ...	58
Tabela 17: Internamento (tempo de estadia) – relação entre unidades integradas e não integradas.....	58
Tabela 18: Síntese de resultados – Produtividade e qualidade.....	62
Tabela 19: Síntese Conclusiva.....	63
Tabela 20: problemas de integração identificados por outros estudos/autores	65
Tabela 21: Estrutura do questionário.....	73
Tabela 22: Estrutura e tipologia das questões - Questionário	73
Tabela 23: Distribuição das respostas por ULS.....	79
Tabela 24: O modelo de Unidade Local de Saúde tem pontos fortes do ponto de vista assistencial.....	80
Tabela 25: Enquadramento Legal das ULS's	81
Tabela 26: Enquadramento Legal das ULS's em relação ao enquadramento das Unidades Hospitalares não integradas.....	81
Tabela 27: Política de incentivos para estimular a integração.....	82
Tabela 28: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração	82

Tabela 29: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração – comparação entre ULS's	83
Tabela 30: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração - Comparação com ULS Matosinhos.....	84
Tabela 31: Estrutura das equipas de trabalho.....	84
Tabela 32: Estrutura das equipas de trabalho – comparação entre profissionais da ULS Alto Minho	85
Tabela 33: Estrutura das equipas de trabalho – comparação com ULS Matosinhos	86
Tabela 34: Colaboração das equipas com as várias unidades funcionais	86
Tabela 35: Colaboração das equipas com as várias unidades funcionais - comparação entre profissionais da ULS Alto Minho	87
Tabela 36: Periodicidade das reuniões	88
Tabela 37: Otimização dos modelos de referenciação	88
Tabela 38: Linhas orientadoras para a referenciação	89
Tabela 39: Penalizações – referenciação inadvertida.....	89
Tabela 40: Acesso ao processo clínico.....	90
Tabela 41: Acesso ao processo clínico -comparação entre profissionais da ULS Alto Minho	90
Tabela 42: Acesso ao processo clínico – comparação com a ULS Matosinhos	91
Tabela 43: Acesso ao processo clínico – comparação entre ULS's	91
Tabela 44: Eficiência na requisição de MCDT's	92
Tabela 45: Eficiência na requisição de MCDT's – Comparação entre ULS's.....	92
Tabela 46: Solicitação de MCDT's a entidades exteriores	93
Tabela 47: Consultas de Telemedicina.....	93
Tabela 48: Solicitação de MCDT's a entidades exteriores - comparação entre profissionais da ULS Alto Minho.....	94
Tabela 49: Solicitação de MCDT's a entidades exteriores – comparação com ULS Matosinhos	94
Tabela 50: Sincronização das consultas entre diferentes tipos de cuidados	95
Tabela 51: Sincronização das consultas entre diferentes tipos de cuidados – comparação entre ULS's	95
Tabela 52: Alargamento do horário dos Cuidados de Saúde Primários.....	96

Tabela 53: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários.....	96
Tabela 54: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários - comparação entre profissionais da ULS Alto Minho.....	97
Tabela 55: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários – comparação com ULS Matosinhos	97
Tabela 56: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários.....	98
Tabela 57: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários – comparação entre ULS's.....	98
Tabela 58: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários – áreas de aplicação	99
Tabela 59: Centralização das áreas de apoio	99
Tabela 60: Centralização das áreas de apoio – áreas de aplicação.....	100
Tabela 61: Homogeneização dos consumos.....	101
Tabela 62: Centralização das compras	101
Tabela 63: Aquisição conjunta entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares.....	102

Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

MTSS - Ministério do Trabalho e Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Parceria Público-Privada

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

1. Introdução

Segundo Grone e Garcia-Barbero (2001) *cit. in* Costa & Santana (2008) um dos importantes desafios dos sistemas de saúde europeus é a integração de cuidados, onde é de salientar um significativo desenvolvimento ocorrido nas décadas de 70 e 80 nesta temática.

Em Portugal, ocorreram diversos movimentos de reforma dispostos a integrar cuidados de saúde, inicialmente designando-se Unidades de Saúde, posteriormente Sistemas Locais de Saúde e por último Unidades Locais de Saúde. A integração de cuidados de saúde, constitui presentemente, uma das estratégias de reorganização da oferta de cuidados de saúde, conforme se pode comprovar pelas intenções manifestadas em sede de programa de governo (XVII) *cit. In* Santana e Costa (2008, p.31), que prevê: «*o desenvolvimento de experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida*». Assim, a integração entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) é considerada como a estratégia para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população (Nunes, *et al.*, 2012). Para que se possa compreender o objetivo da integração vertical e os seus resultados, é necessário conhecer as alterações do lado da procura (utente) assim como conceber o termo “integração vertical” numa ótica económico empresarial, sendo este o ponto de partida para a integração vertical que conhecemos hoje nas organizações de saúde através das Unidades Locais de Saúde.

Algumas das alterações influenciadoras da integração vertical, têm sido o conjunto de fenómenos demográficos e sociais, que levam a uma adaptação da resposta que é dada pelas organizações de Saúde. Estas alterações são, segundo Lopes *et al.*, (2014), as seguintes:

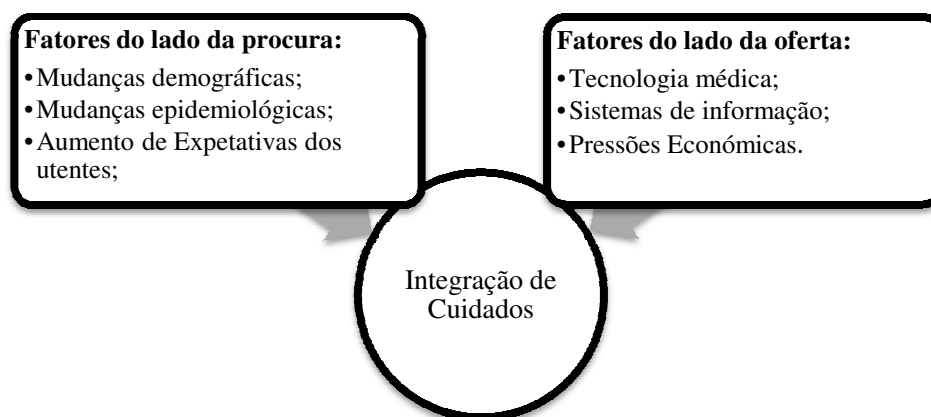
- O envelhecimento da população: o prolongamento da duração média da vida humana traz um aumento no consumo de recursos em saúde;
- Mudança epidemiológica: será previsível uma maior prevalência de doenças crónicas, associadas a condições de multimorbilidade e de co morbilidades, que exigirá uma resposta estrutural que contemple uma gestão programada, definida em

função dos níveis de risco de cada utente, e sobretudo um melhor nível de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados;

- Alteração do perfil dos consumidores: a crescente globalização poderá potenciar uma multiplicidade de origens étnicas e culturas que carecerá de uma maior abertura na perceção das necessidades de cada grupo específico. Por outro lado, as expectativas dos consumidores traduzidos em procura de valor – preço e qualidade – relativamente aos seus sistemas de saúde nunca foram tão elevadas;
- Avanços científicos no tratamento da doença: para além dos problemas éticos habitualmente associados ao desenvolvimento da tecnologia clínica e biológica, espera-se um crescimento dos custos inerentes a novas tecnologias;
- As tecnologias de informação: aplicação ao setor poderá deter impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, permitindo melhores e mais rápidas decisões;
- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: o conceito de “prestação” terá tendência em mudar para um novo paradigma mais focalizado no “bem-estar geral do doente”;
- Melhorar o nível de qualidade assistencial: minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas;

Com o modelo de integração vertical deverá proceder-se a uma alteração substancial, que se direccionará não só sobre os recursos necessários para tratar um doente (variáveis de oferta), mas também nos recursos que um doente necessita para ser tratado (variável de procura), ou seja, o elo de ligação a acompanhar e a gerir ao longo da produção deverá ser em primeira instância os utentes (Lopes, et al., 2014). Como nos mostra a figura abaixo, a fusão entre as necessidades dos utentes e os recursos disponíveis para serem tratados, leva à existência deste modelo integrado, diminuindo assim as falhas existentes neste mercado, aumentando a qualidade da prestação.

Figura 1: Integração de Cuidados - fatores de oferta e procura



Fonte: Adaptado de ERS (2015) e Grone & Garcia-Barbero (2001)

Como já se referiu, para uma resposta às novas necessidades da sociedade e uma melhoria na eficiência produtiva e económica na área da saúde, tem surgido desde 1999 um aumento na criação de Unidades Locais de Saúde em Portugal (Integração Vertical), com objetivo de integrar diferentes áreas (cuidados primários, secundários e terciários). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se integração vertical na saúde a agregação de *inputs*, a prestação, e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde. Já em 2008, a OMS define este conceito como "*The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system.*" (WHO, 2008 p.1)

O "contínuo de serviços" e a "agregação de *inputs*" define de forma generalista a integração vertical, que pode ser considerada como parte integrante da teoria económica. A integração vertical em saúde, é introduzida e estudada pela primeira vez na década de 90, sendo como principal aspeto a integração de vários segmentos distintos de um processo produtivo (Lopes, *et al.*, 2014). Este aspeto pode ser encontrado na área da saúde através das diferentes estruturas de cuidados de saúde que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibiliza, pelo que, em 1999, é iniciado um processo de integração vertical em Matosinhos onde se faz a integração de várias estruturas (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados) e anos depois é realizada a integração noutros distritos do interior e litoral norte. Estas unidades integradas surgem de forma sequencial mas sem qualquer justificação demográfica, social ou tecnológica associada, aparentando-se assim pouco fundamentada.

A presente dissertação pretende assim compreender quais os fundamentos económicos possíveis para a integração vertical em saúde, com base na teoria da integração vertical desenvolvida pelas ciências económicas e empresariais. Posterior a esta análise, proceder-se-á à apresentação e análise de contributos de outros autores acerca dos resultados e problemas identificados nas Unidades Locais de Saúde.

Para uma análise mais sustentada, será abordado, como pilar fundamental para o desenvolvimento da investigação, o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de fevereiro 2015, acerca do desempenho das Unidades Locais de Saúde. Seguidamente será realizada uma comparação preliminar aos dados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) para verificar as diferenças existentes na prestação de cuidados em unidades hospitalares integradas e unidades hospitalares não integradas. De forma a compreender alguns desses resultados, será aplicado um questionário a profissionais das Unidades Locais de Saúde existentes em Portugal, essencialmente a gestores de topo, onde se pretende averiguar a necessidade da integração nestas organizações de saúde assim como identificar o grau de integração existente neste modelo (Unidades Locais de Saúde).

Como se pode verificar na Tabela 1, durante este documento é apresentada a contextualização sócio histórica da saúde, políticas públicas de saúde e o tema da integração vertical, definindo assim, a integração através da Teoria da Integração Vertical e posteriormente a sua adaptação à área da Saúde (Unidades Locais de Saúde).

Tabela 1: Estrutura da dissertação

1. Introdução	Enquadramento do tema e apresentação dos objetivos e estrutura da dissertação
2. Contextualização Sócio Histórica	Análise da história da saúde em Portugal – Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
3. Políticas de Saúde	Identifica a tipologia dos sistemas de saúde no mundo; Identifica a tipologia das Unidades de Saúde em Portugal.
4. Integração Vertical	Define a integração vertical; Define integração vertical em Saúde – aplicabilidade nas Unidades Locais de Saúde;
5. Fundamentos Económicos	Identificação e caracterização de fundamentos económicos para a Integração Vertical no setor da saúde;
6. Outras Investigações	Apresentação de estudos já elaborados na área da integração vertical;
7. Problemas de Integração	Apresenta problemas de integração já identificados por outros autores;
8. Metodologia de Investigação	Define o objeto de estudo sobre o grau de implementação da Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde (ULS), instrumentos, técnicas e métodos de estudo.
9. Conclusão	Conclusões e orientações para investigações futuras.

Fonte: Elaboração própria

De seguida apresenta-se os fundamentos económicos existentes para a integração vertical – apresentando alguns exemplos práticos de como a área da saúde tem fundamentos para integrar verticalmente. No capítulo seguinte são apresentados estudos com diversos resultados acerca do desempenho das Unidades Locais de Saúde constituídas desde 1999 em Portugal. Posteriormente no capítulo 7 são identificados os problemas de integração identificados por vários autores.

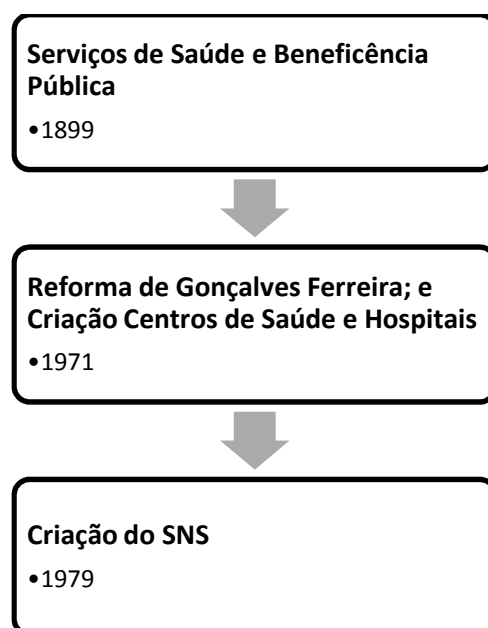
Para finalizar, no capítulo 8 é realizada uma investigação acerca da integração existente nas Unidades Locais de Saúde, iniciada através dos estudos apresentados nos capítulos 6 e 7. Ao longo deste capítulo são apresentados os objetivos, as hipóteses de investigação, métodos e procedimentos utilizados, culminando com algumas considerações conclusivas e a sua relação aos capítulos anteriores.

Por fim, concluir-se-á o documento com apresentação das conclusões finais da investigação e apresentadas possíveis hipóteses de investigação futuras.

2. Contextualização Sócio Histórica da Saúde em Portugal

As experiências inovadoras relativas a políticas de saúde e o contexto social e político que o país está inserido, têm levado a reestruturações constantes na saúde durante as últimas décadas. De acordo com Amendoeira (2009), durante a segunda metade do século XX Portugal foi sofrendo diversas transformações, tais como a democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. De uma forma cronológica, tal como nos apresenta a figura 2, os primeiros passos na saúde iniciam-se pela organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, iniciada em 1899 pelo Dr. Ricardo Jorge, a qual entra em vigor em 1903 e estabelece que a prestação de cuidados de saúde seria de carácter privada, comportando o Estado apenas a assistência aos pobres (Amendoeira, 2009).

Figura 2: Cronologia do sistema de saúde



Fonte: Adaptado de Amendoeira (2009)

Mais de meio século depois, surge em 1971, a conhecida reforma de “Gonçalves Ferreira”, que surgiu como “esboço” do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde foram aclarados princípios, como o direito à saúde de todos os portugueses, garantindo o Estado esse direito (Amendoeira, 2009). A principal meta da saúde nos anos 70 foi, segundo, Barros (s.d) *cit. in Baganha et al (2002)*, a “diminuição das barreiras de acesso aos cuidados médicos,

quer no financiamento, que no acesso físico.” A criação “oficial” do Serviço Nacional de Saúde (SNS), surge em 1979, pouco depois da Constituição da República Portuguesa de 1976 definir o direito à saúde como promoção, prevenção e vigilância, através do seu 64º artigo.

Consideram-se positivas as consequências da implementação do Serviço Nacional de Saúde, no que concerne à saúde comunitária e no que respeita à eficácia do SNS na sua cobertura geográfica (Baganha *et al.*, 2002). Para Baganha *et al.* (2002, p.5), *“os resultados são animadores: entre 1974 e 1978 houve um aumento quase de 100% na população coberta. O salto qualitativo deu-se (...) onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental”*.

Durante a década de 90, o sistema de saúde português é regulamentado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei 22/93, de 15 de janeiro), onde a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado (Baganha *et al.*, 2002)

3. Políticas de Saúde

3.1. Tipos de Sistemas de Saúde

Para Simões (2004), a diminuição da produtividade associada a problemas de saúde, é um dos principais fatores que influenciam o surgimento de sistemas de Saúde.

O sistema de saúde mais antigo tem origem alemã e foi implementado nos finais do século XIX, denominado como sistema “Bismarck” (Ponte, 2012). Este sistema de saúde, criado em 1883 por Otto Von Bismarck, tinha como objetivo combater agitação social e também enfraquecer economicamente o poder da igreja no que concerne à saúde (Franke, 2004), retirando-lhes assim a gestão dos seguros de saúde. Tal como hoje em dia acontece em vários sistemas de saúde a nível mundial, o sistema “Bismarck” trata-se de um seguro no qual o utente só tem benefício após a sua contribuição. Estas medidas tiveram um considerável “efeito de demonstração” não apenas nos países da Europa, mas também nos Estados Unidos (Mishra, 1995).

Com a destruição de várias estruturas de saúde existentes no decorrer da Segunda Guerra Mundial, surge outro sistema de saúde denominado sistema Beveridge, incentivado por William Henry Beveridge em Inglaterra no ano de 1942 (Lobo, 2007). Este sistema, que mais tarde, em 1946 ficou conhecido como “Plano Atlântico”, viria a revelar-se mais amplo que o “Plano Continental” de Bismarck, pois trata-se de um sistema universal de proteção social, conferindo proteção desde o primeiro ao último dia de vida (Lobo, 2007). O sistema Beveridge tem como pedras basilares, a inclusão de toda a população, o financiamento pelo orçamento do estado e exigência de contribuições homogêneas (DICE, 2008).

As diferenças entre o Plano Continental (Bismarck, 1883) e o Plano Atlântico (Beveridge, 1942), são a universalidade da cobertura à população, tal como nos apresenta a tabela 2.

Tabela 2: Sistemas de Saúde (Bismarck e Beveridge)

Sistema	Autor	Ano	Financiamento
Bismarck	Otto Von Bismarck	1883	Contribuições - baseadas em salários.
Beveridge	William Henry Beveridge	1942	Orçamento do estado e exigência de contribuições homogêneas;

Fonte: Elaboração própria

Existe ainda países nos quais os seus sistemas não são puramente bismarckianos ou beveridgeanos como é o caso, segundo Barros & Gomes (2002), da Grécia, Itália, Portugal e Espanha, onde os sistemas combinam elementos do modelo de Bismarck e de Beveridge. No caso de Portugal, o sistema de saúde público é baseado em impostos descontados dos trabalhadores mas existe ainda possibilidade de usufruir de sistema privado através de contribuições diretas (ADSE, Seguros de Saúde, etc.) (Barros & Gomes 2002).

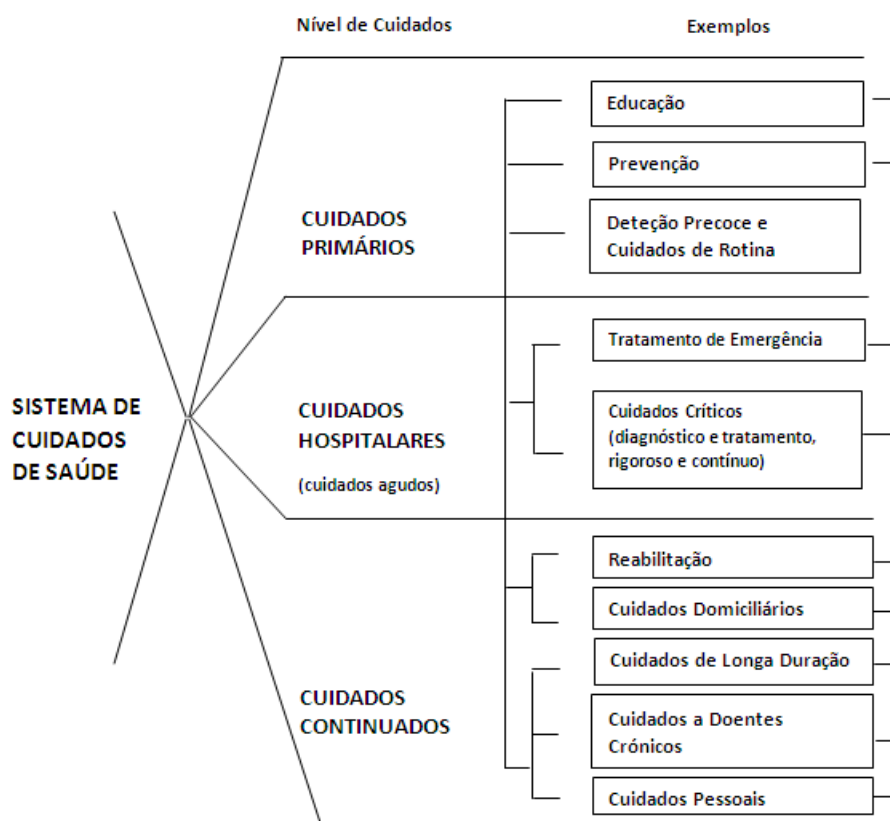
Contudo, ao longo dos últimos anos a oferta de cuidados de saúde privados tem aumentado (de 94 em 2002 para 107 em 2013), segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2015).

3.2. Organizações de Cuidados de Saúde em Portugal

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o Serviço Nacional de Saúde é constituído por todas as entidades públicas e privadas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades de cariz social que colaboram para um melhor estado de vida para a comunidade.

Das organizações de cuidados de saúde em Portugal destacam-se, tal como podemos ver na figura 3, as organizações de cuidados de saúde primários, as organizações de cuidados hospitalares (ou secundárias) e, mais recentemente as organizações de cuidados continuados (ou terciários), que serão abordadas especificamente nos capítulos seguintes.

Figura 3: Sistema de Cuidados de Saúde



Fonte: Adaptado de Potter & Perry (2006)

3.2.1. Cuidados de Saúde Primários (CSP)

O Relatório de Dawson no Reino Unido foi o pioneiro dos cuidados de saúde primários, onde em 1920 refere os “Centros de Cuidados de Saúde Primários” como o epicentro dos serviços daquele país (Macinko *et al.*, 2003).

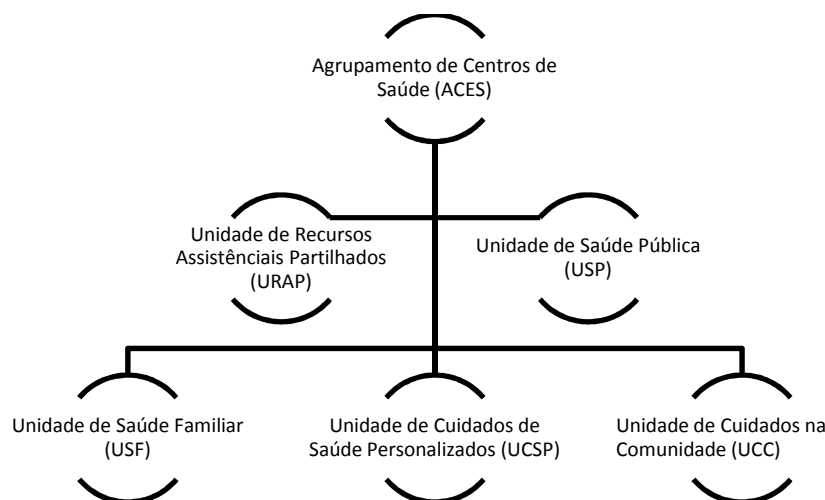
Meio século depois, na Conferência Internacional da UNICEF com a Organização Mundial de Saúde, considerou-se os Cuidados de Saúde Primários como a “chave” para atingir os objetivos de “Saúde para todos no ano 2000” num documento que ficou conhecido como a Declaração de Alma Ata (World Health Organization, 1978). Os Cuidados de Saúde Primários foram então definidos pela Organização Mundial de Saúde como “cuidados essenciais de saúde”. Para Simões (2004) *cit. in* Cortez (2009) os Cuidados de Saúde Primários são a base do sistema de saúde e efetuam, tal como definido pela Organização Mundial de Saúde, o primeiro contacto entre os indivíduos e os serviços de saúde, sendo

que as suas atividades integram duas especialidades: “medicina geral e familiar” e “saúde pública”.

De acordo com Bentes *et al.*, (2004), o facto de Portugal ter sido no início dos anos 70 um dos pioneiros a desenvolver a sua rede de cuidados de saúde primários, através da implementação de centros de saúde, terá contribuído para a diminuição de alguns indicadores, como por exemplo, a mortalidade infantil. De facto, este indicador diminuiu significativamente de 60/1000 no final dos anos 60 para 5/1000 em 2001, valor abaixo de países como a Grécia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo e Reino Unido.

Em Portugal, até 1979, o Estado não assumia a responsabilidade pelas despesas em saúde (Bentes *et al.*, 2004). Após a criação do Serviço Nacional de Saúde deu-se a cobertura generalizada do território nacional por parte dos Cuidados de Saúde. No entanto, segundo Miguel & Brito de Sá (2010, p.4), o *“modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, a crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários [hospitalares] e um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais”*. Esta desmotivação levou a novas transformações, que se particularizaram na reforma dos cuidados de saúde primários que se iniciou formalmente em 2005, e se concretizou anos depois (2008) com o aparecimento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (Miguel & Brito de Sá, 2010).

Figura 4: Organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Adaptado de ACSS (2013)

A estrutura dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) apresentada na Figura 4, é uma estrutura que inclui vários Centros de Saúde¹, os quais incluem, além das Unidades de Saúde Familiar (USF), uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), tendo sempre na sua base a tríade clássica de profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que são médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Miguel & Brito de Sá, 2010).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) privilegiam o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, envolvendo os profissionais de forma ao alcance da melhoria da qualidade dos cuidados e obtenção de maiores ganhos em saúde (Diário da República, 2008). Analisar-se-á seguidamente todas as estruturas funcionais do ACES, onde se identificará as suas semelhanças estruturais e organizativas. Relativamente às **Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)**, estas prestam serviços de consultoria e assistência às restantes unidades funcionais, organizando ainda ligações entre estas unidades e os serviços hospitalares. As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

¹ Centros de Saúde: Conjunto de unidades funcionais de prestação de Cuidados de Saúde Primários (Decreto de Lei 28/2008 de 22 fevereiro)

podem ser compostas por nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais (Diário da República, 2008).

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (Diário da República, 2008), no que respeita as **Unidades de Saúde Pública (USP)**, têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, através de estudos e análises à população, prestando assim apoio a todas as outras estruturas do ponto de vista operacional.

Figura 5: Estrutura das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar

Unidade Cuidados Saúde Personalizados	Equipas Multidisciplinares;
	Acesso e continuidade dos cuidados;
Unidade Saúde Familiar	Equipas Multidisciplinares;
	Acesso e continuidade dos cuidados;
	Funcionamento com estrutura própria;
	Remunerações e Incentivos;

Fonte: Elaboração própria

As **Unidades de Saúde Familiar** são unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, existindo em funcionamento dois modelos A e B, os quais diferem relativamente às remunerações e incentivos.

As **Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados** têm uma estrutura semelhante à das Unidades Saúde Familiares, não obedecendo, no entanto, às regras de funcionamento e autonomia destas. Quer as Unidades de Saúde Familiar, quer as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, garantem a acessibilidade e a continuidade dos serviços de saúde prestados (Diário da República, 2008).

As **Unidades de Cuidados na Comunidade** prestam cuidados de saúde, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência

física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (ACSS, 2010). Estas unidades são formadas por enfermeiros e outros profissionais, consoante as necessidades da população e integram localmente a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (Diário da República, 2009)

3.2.2. Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)

Os modelos de governação hospitalar dos cuidados hospitalares públicos em Portugal, mantém-se idênticos desde a legislação de 1968 (Vaz, 2010). Simões (2009 p.154) refere que *“A estrutura do hospital público português, resulta de vários conjuntos legislativos, que têm a sua origem na legislação desse mesmo ano e que se prolongam, em relação a importantes princípios estruturantes, até ao ano 2002, numa evidente linha de continuidade”*.

A 8 de novembro de 2002, a Lei de Bases da Saúde (redigida pela primeira vez através da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) sofre alterações e procede à criação de um novo estatuto jurídico em constituição de centros e grupos hospitalares designados Sociedades Anónimas (Falcão & Reis, 2003). Com estas alterações, diversas entidades passam a ser guiadas pela Lei das Sociedades Comerciais, incidindo estas transformações principalmente na capacidade de endividamento dos hospitais, na modificação do vínculo jurídico para recrutamento de novos profissionais e na existência de incentivos, como forma de potenciar o bom desempenho (Vaz, 2010). Este diploma, veio permitir a transformação no final de 2002 de 34 Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Anos depois, o Decreto-Lei nº93/2005 de 7 de Junho, veio transformar o estatuto de sociedade anónima, em entidades públicas empresariais, onde, na prática, não resultaram grandes alterações, pois os objetivos estratégicos são, segundo Lobo (2007), sensivelmente idênticos aos dos Hospitais em Sociedades Anónimas (S.A.):

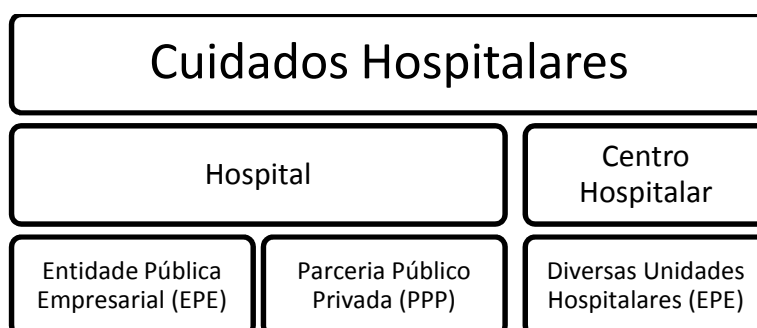
- Maior e melhor acesso dos cidadãos – aumentar o acesso aos cuidados de saúde e melhorar a qualidade dos mesmos;

- Desenvolvimento e mérito profissional – instituir mecanismos de gestão de Recursos Humanos que premeiem o mérito e que promovam o desenvolvimento contínuo das suas capacidades;
- Sustentabilidade económica – necessidade de maximizar a eficiência económica e operacional das unidades através de uma utilização racional dos recursos.

Antes da transformação dos Hospitais S.A. em E.P.E., surge um outro modelo de gestão no setor da saúde em Portugal, as Parcerias Público-Privadas (PPP). Este modelo, testado e reconhecido internacionalmente, teve a sua origem no Reino Unido e foi em 2002 adaptado para Portugal, consistindo, genericamente, no estabelecimento de um relacionamento de carácter que se deseja duradouro com privados, para os quais são transferidos grande parte dos riscos do negócio, nomeadamente o risco tecnológico e risco operacional (Lobo, 2007).

Segundo Simões (2004 p.84) no que respeita ao setor da saúde “*as experiências de parcerias com o sector privado no âmbito dos sistemas públicos de saúde eram relativamente limitadas. Este panorama está hoje em profunda mutação em várias áreas do globo, prevendo-se que a abordagem PPP se alargue sucessivamente aos sistemas nacionais de saúde de vários países em todos os continentes.*” O modelo português baseia-se num contrato de gestão que vai desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos estruturais até à gestão geral do hospital, incluindo a prestação de serviços clínicos (Simões, 2004).

Figura 6: Tipologia dos Cuidados Hospitalares



Fonte: Elaboração própria

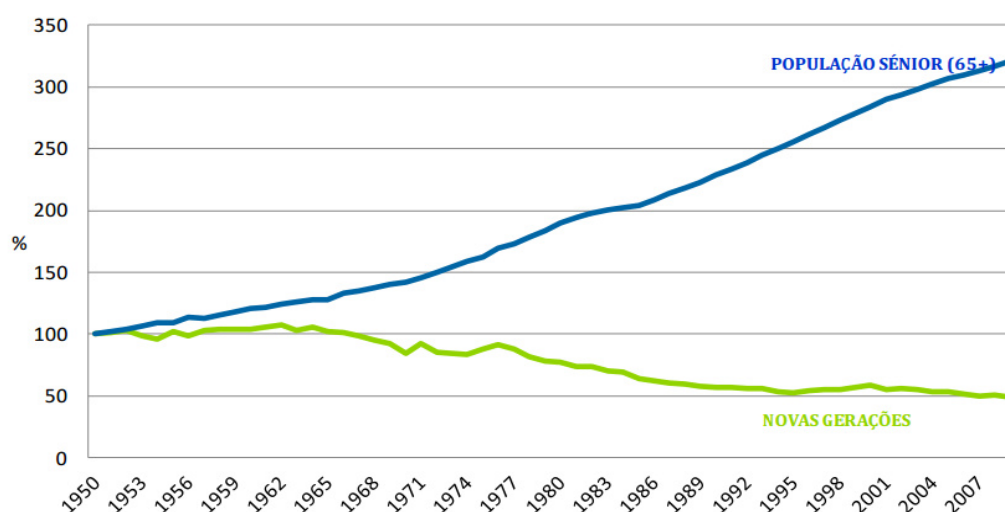
A rede hospitalar portuguesa é assim, um dos mais significativos ativos e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais aprimorada e exigente por parte dos utentes.

3.2.3. Cuidados Continuados Integrados (CCI)

Com o passar dos anos, a principal rede de suporte ao idoso, a família, tem vindo a sofrer alterações no que alude à sua organização e dinâmica. Fatores como o envelhecimento da população e consequente aumento de pessoas idosas dependentes, a integração das mulheres no mundo profissional, o menor número de filhos, a focalização dos indivíduos no sucesso profissional, entre outros, levaram à desresponsabilização do papel da família como cuidadora primária, passando o “dever” dos filhos sobre a prestação de cuidados aos pais, para um novo grupo profissional, o do “cuidador formal” (Martínez, 2005), *cit. in* (Neto & Corte-Real, s.d.).

Como podemos verificar na figura 7, tem-se verificado um aumento exponencial da população sénior, simétrica à diminuição das novas gerações, o que se fará certamente sentir no setor da saúde.

Figura 7: Envelhecimento populacional



Fonte: FFMS (2012)

Segundo autores como Vieira (2003) *cit. in* Neto & Corte-Real, (s.d., p.3), as instituições voltadas para o cuidado de pessoas idosas “*têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade*”. Assim, afirma-se segundo Andersson & Karlberg (2000) *cit. in* Reis (2014), que prestar cuidados a utentes crónicos num hospital fica muito mais dispendioso do que fazê-lo num outro contexto, pois o internamento destes utentes num hospital enquanto aguardam vaga para outros serviços ou tipos de cuidados tem um efeito ‘bloqueador’ de camas, impedindo a admissão daqueles que necessitam de cuidados agudos. Na Suécia, entre 1989 e 1990 a *Federation of County Councils* reportou que 15% das camas de cuidados agudos estavam bloqueadas por utentes que aguardavam alta (Andersson & Karlberg, 2000) *cit. in* (Reis, 2014). Após esta breve reflexão, podem-se identificar-se, segundo Andersson & Karlberg (2000) *cit. in* Reis (2014), três grandes motivos para o desenvolvimento dos cuidados continuados:

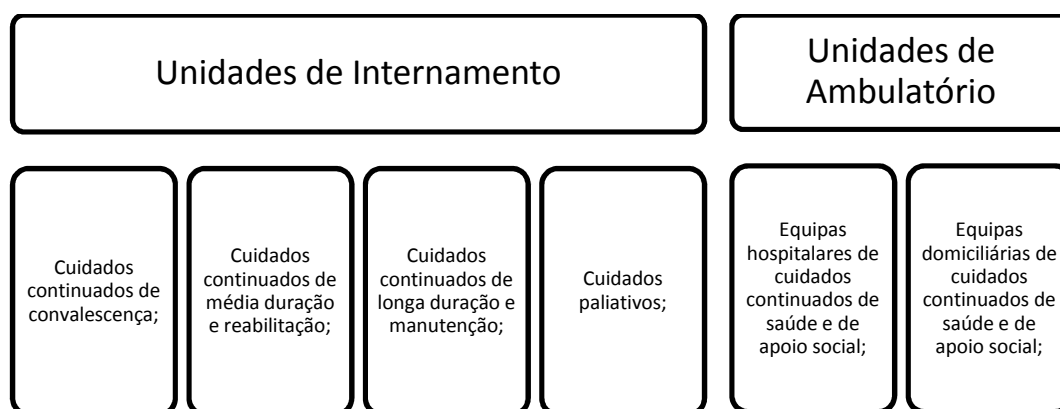
- Necessidade de reduzir custos;
- Necessidade de desbloquear camas;
- Necessidade de apoiar populações dependentes e com necessidades diferenciadas.

Este tipo de unidades de cuidados, dão resposta não só a doentes idosos como também a doentes crónicos e portadores de deficiência que ao longo da vida necessitam de cuidados de saúde de longa duração (cuidados continuados) (Potter & Perry, 2006). Esta rede [cuidados continuados] substancia uma lógica de continuidade de cuidados e de promoção de autonomia. Melhorar as condições de vida de todos os indivíduos em situação de dependência funcional prestando-lhes cuidados continuados de saúde, garantir os cuidados terapêuticos necessários a todas as pessoas com perda de funcionalidade, adequar a cada doente o tipo de apoio e acompanhamento, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, apoiar os familiares/prestadores informais dos doentes e ainda articular os cuidados prestados nos diferentes serviços são os principais objetivos dos Cuidados Continuados Integrados (OE, 2009). Para tal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define segundo (Grone & Garcia-Barbero, 2001) e (Leichsenring, 2004) *cit. in* Reis (2014, p.16) os Cuidados Continuados Integrados como o “*conceito que reúne entradas, saídas, gestão e organização dos serviços relacionados com diagnóstico, tratamento, prestação de cuidados, reabilitação e promoção da saúde. A integração é um meio para*

melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, eficiência e satisfação do utilizador”. Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge como resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, compreendendo assim cuidados de natureza preventiva, recuperadora e paliativa (Simões, *et al*, 2014).

A resultante parceria entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e da Saúde (MS) inclui assim Unidades de internamento (Cuidados continuados de convalescença; Cuidados continuados de média duração e reabilitação; Cuidados continuados de longa duração e manutenção; e Cuidados paliativos) e Unidades de ambulatório (Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social; Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social) (Instituto Segurança Social IP, 2014).

Figura 8: Tipologia das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)



Fonte: Elaboração própria

A prestação de cuidados continuados, desenvolve-se num contexto populacional, a nível local, regional ou nacional e com base nas necessidades identificadas do doente. O aumento da capacidade de resposta da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) deve-se também à integração dos Cuidados Continuados nas Unidades Locais de Saúde.

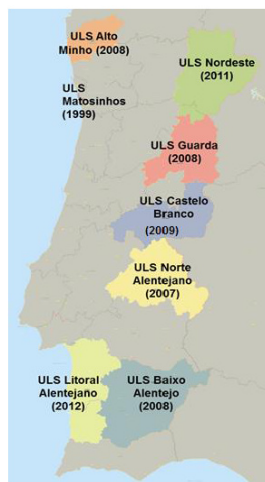
3.3. Unidades Locais de Saúde (ULS)

A integração vertical de cuidados de saúde será aprofundada no próximo capítulo, sendo que neste ponto será apresentado somente a tipologia das Unidades Locais de Saúde (ULS) (que se baseiam na teoria de integração vertical) assim como as suas estruturas já em funcionamento em cerca de oito Unidades Locais de Saúde.

A Entidade Reguladora da Saúde (2015, p.7) define as Unidades Locais de Saúde como *“uma concretização de integração de cuidados de natureza vertical, porque, como sabido, reúne numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. Assim, da organização dos distintos prestadores surge uma entidade única, responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, e tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.”*

As Unidades Locais de Saúde (ULS) começaram a ser expandidas a partir de 1999 com a implementação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e têm sido uma das recentes apostas ao nível de cuidados de saúde, como nos apresenta a figura abaixo, pois preveem a integração dos Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Continuados.

Figura 9: Mapa e cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde



Fonte: ERS (2015)

Como nos apresenta a tabela 3, os habitantes abrangidos por unidades integradas (Unidades Locais de Saúde) já ultrapassa os 1.176.266 habitantes, o que nos mostra uma abrangência de 11% em relação aos habitantes residentes em Portugal referidos pelos Censos 2011 que eram de 10.555.853 habitantes.

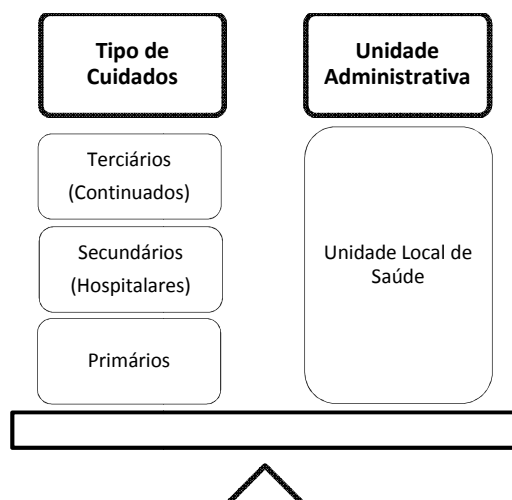
Tabela 3: Enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde

Unidade Local de Saúde	Ano de Criação	ARS	População (Aprox.)	Enquadramento Legal
Matosinhos	1999	Norte	169122	Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de junho
Norte Alentejano	2007	Alentejo	118066	Decreto-Lei n.º 50-B/07 de 28 de fevereiro
Alto Minho	2008	Norte	251676	Decreto-Lei n.º 183/08 de 4 de setembro
Guarda	2008	Centro	158055	Decreto-Lei n.º 183/08 de 4 de setembro
Baixo Alentejo	2008	Alentejo	127581	Decreto-Lei n.º 183/08 de 4 de setembro
Castelo Branco	2009	Centro	108202	Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de Novembro
Nordeste	2011	Norte	143564	Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de Junho
Litoral Alentejano	2012	Alentejo	100000	Decreto-Lei n.º 238/2012 de 31 de outubro

Fonte: Adaptado de Santana (2011)

Deste modo as Unidades Locais de Saúde oferecem cuidados de saúde contínuos na mesma estrutura de Saúde, através de vários níveis de prestação de cuidados, que pretendem satisfazer na íntegra as necessidades da população.

Figura 10: Unidade Local de Saúde como Unidade Administrativa dos diferentes tipos de cuidados

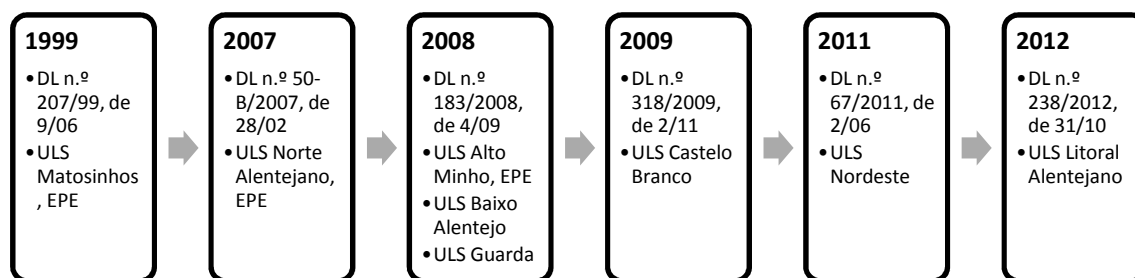


Fonte: Adaptado de ACSS (2009)

Como consideram os diplomas legais da criação das Unidades Locais de Saúde (Tabela 3), estas organizações prestadoras de cuidados de saúde incorporam na mesma estrutura a gestão de cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados através de uma só unidade administrativa, como é exemplificado na figura 10. O projeto pioneiro das ULS surge ainda na década de 90 com Unidade Local de Saúde de Matosinhos e tem-se vindo a expandir, com outras constituições até ao ano de 2012.

Como se pode verificar através da leitura dos decretos de lei da constituição das Unidades Locais de Saúde, estes não apresentam nenhuma orientação específica num contexto integrado, sendo muito amplo a sua abordagem, deixando ao critério dos Conselhos de Administração a sua gestão integrada. Como tal, é importante identificar que os Conselhos de Administração destas Unidades Locais de Saúde, são nomeados para a gestão e administração de toda a Unidade Local de Saúde embora no âmbito clínico ser nomeado um diretor clínico para os Cuidados de Saúde Primários e outro para os Cuidados de Saúde Hospitalares, não existindo assim um pilar central para a área clínica.

Figura 11: Cronologia da constituição das Unidades Locais de Saúde



Fonte: Adaptado de ERS (2015)

O objetivo da constituição das Unidades Locais de Saúde foi a prestação de cuidados de saúde integrados às populações, respondendo da forma adequada e eficiente às suas necessidades. Neste contexto, segundo o Contrato Programa para o ano de 2015 redigido pela Administração Central de Serviços de Saúde (2014), as Unidades Locais de Saúde devem considerar as seguintes orientações:

- Consolidação de processos de afiliação entre instituições hospitalares, centrando a prestação de cuidados de saúde em função do utente e incentivando-se a cooperação entre instituições para determinadas valências, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados e a rentabilização da capacidade instalada;
- Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários;
- Melhorar a interligação e articulação dos prestadores dos Cuidados de Saúde Hospitalares com os prestadores de cuidados de saúde primários e com os cuidados continuados integrados;
- Respeitar os tempos máximos de resposta garantida no âmbito da consulta externa proveniente dos cuidados de saúde primários;
- Gerir as listas de espera cirúrgicas cumprindo os tempos máximos de resposta garantida, reduzindo os encargos com a prestação de cuidados cirúrgicos não atempados;
- Incentivar o reforço do papel da equipa de saúde familiar no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados;
- Fomentar a integração e a partilha de informação entre os sistemas de informação e continuar a melhorar o rigor e a fiabilidade dessa mesma informação.

Como se pode verificar, o primeiro projeto de integração vertical em saúde ocorreu há 16 anos (1999), como tal, seria de esperar um contrato programa onde se pretendesse uma consolidação da estrutura das Unidades Locais de Saúde. Contrariamente, o que é esperado para o ano de 2015 é um incentivo e melhoramento dos processos de integração e interligação entre cuidados, fomentando a integração. Como podemos verificar ao fim de 16 anos do primeiro projeto, ainda se espera um incentivo à integração parecendo o início de uma estrutura recente e não uma estrutura que já devia estar consolidada como é o caso.

4. Integração Vertical

No decorrer do presente capítulo será abordada a definição de integração tendo em consideração as teorias defendidas por investigadores da área das ciências económico empresariais. Ao longo do capítulo e após consolidadas essas definições o tema será direcionado ao âmbito da investigação: a integração vertical em saúde.

Segundo Koogan (1978) *cit. in* Santana (2011), o verbo integrar provém do latim “integer” (inteiro) e o seu significado sugere uma ação ou movimento onde diferentes partes se fundem. Resumidamente integrar é envolver várias estruturas e permitir um funcionamento conjunto entre elas (Santana, 2011).

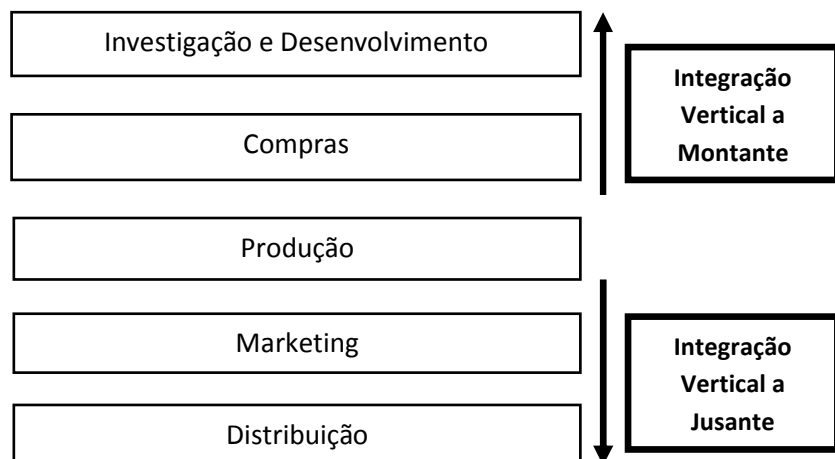
4.1. Definição

Existem diversas fundamentações na literatura económica acerca da integração vertical, podendo-se considerar de forma generalista e introdutória, que a integração vertical acontece quando uma organização possui e/ou controla os seus ativos em fases sucessivas da cadeia de valor, ou seja, quando a organização tem várias atividades económicas em sua gestão (Fronmueller & Reed, 1996).

A integração vertical, segundo Williamson (1985, p.445), pode ser caracterizada como “*a combinação de processos tecnologicamente distintos (ex.: produção, processamento, distribuição, vendas) dentro das fronteiras de uma mesma empresa, ou seja, sob um mesmo comando decisório, (...) e envolvendo a propriedade total dos ativos*”. Já para Porter (1997) a integração vertical é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos económicos tecnologicamente distintos dentro das fronteiras de uma mesma empresa, representando isto, uma decisão da empresa no sentido de utilizar transações internas ou administrativas em vez da utilização de transações (externas) no mercado para atingir seus próprios objetivos.

Considerando os dois autores citados pode-se definir a Integração Vertical como a decisão da empresa integrar várias atividades em fases adjacentes da cadeia de produção e comercialização, situadas a montante (atividades que vão desde a investigação e desenvolvimento às compras) ou a jusante (atividades desde a venda e distribuição do produto final), como se pode verificar na figura seguinte (Barros, 2012).

Figura 12: Integração Vertical



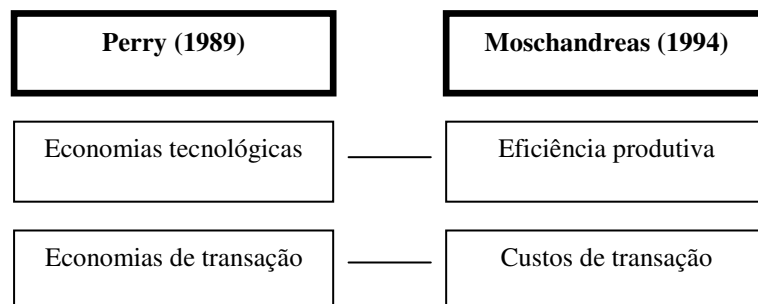
Fonte: Adaptado de Porter (1997)

Os principais determinantes da integração vertical são identificados por Perry em 1989:

- Economias tecnológicas;
- Economias de transação; e
- Imperfeições de mercado (concorrência imperfeita).

Anos depois Moschandreas (1994) identifica os fatores que levam as organizações a integrar verticalmente, nos quais importa reter: a eficiência produtiva e os custos de transação.

Figura 13: Fatores imprescindíveis à Integração Vertical



Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na figura acima, existe uma relação direta entre os determinantes apresentados pelos dois autores. Estes dois determinantes (Eficiência produtiva e Custos de

Transação) são os principais pilares da integração vertical, sendo que torna-se importante fundamentá-los, pela sua relação direta com as Unidades Locais de Saúde.

4.2. Eficiência Produtiva

Quando duas fases de produção são tecnologicamente independentes, a integração pode reduzir os custos de produção ² (Moschandreas, 1994). Um bom exemplo de interdependência tecnológica surge nas eficiências térmicas onde diversos materiais podem ser obtidos por produção integrada (Moschandreas, 1994). Por exemplo na produção de ferro e aço, na ausência de integração, o ferro produzido em fornos de alta temperatura necessita de ser arrefecido para passar ao estado sólido, de forma a conseguir o transporte até ao local da produção de aço e assim voltado a ser aquecido (Moschandreas, 1994). Deste modo, integrando a produção, o ferro aquecido é transportado diretamente para o processo de produção de aço, verificando-se assim poupanças térmicas e de manuseamento.

Segundo Raunick & Fischer (1972) *cit. in* Queiroz & Queiroz (2006) a perspetiva do problema deve, ainda, ser multidimensional e considerar todos os custos do produto: a capacidade, a qualidade, o moral dos colaboradores, o controlo de gestão e o histórico comercial da organização, não passando só por contexto material e económico, mas também pelo contexto humano da organização. Só após a análise destes dados e confirmar se existe eficiência produtiva com a integração vertical, se deve passar ao próximo determinante: custos de transação.

Pode-se considerar, segundo Moschandreas (1994) que é a presença dos custos de transação que leva à integração vertical, mais do que qualquer interdependência tecnológica, pois a tecnologia pode indicar que duas fases de produção devem estar próximas mas é indiferente quem é o proprietário de cada fase produtiva. Deste modo, quando existem duas fases de produção de proprietários diferentes, poderão existir custos de transação elevados (devido a contratos e oportunismo contratual) e tornar-se-á eficiente a integração vertical. Segundo Williamson (1994) é um erro atribuir somente fatores tecnológicos para proceder à integração quando existem duas fases de produção distintas,

² “Diz-se que estamos perante uma relação de interdependência quando nenhum elemento (individuais ou organizacionais) domina todos os recursos e/ou técnicas para resolver determinado processo, existindo uma necessária complementaridade entre os diferentes elementos.” (Santana, 2011 p.26)

pois nem sempre os fatores tecnológicos (interdependências *tecnológicas*) acarretam a integração vertical como solução. Igualmente segundo Rocha (2002), o que faz com que a integração vertical seja a forma económica de organização escolhida, são essencialmente, os custos de transação.

4.3.Custos de Transação

Os Custos de Transação, foram pela primeira vez discutidos por Coase em 1937, o que o premiou com o Prémio Nobel da Economia em 1991, ao questionar em que circunstâncias as organizações produzem para as suas próprias necessidades. Coase (1937) *cit. in* Barros (2012) refere que as empresas existem pelo facto de existir um custo de utilização dos preços, surgindo assim a ideia da existência de custos de transação. Esta relação vê a empresa como uma forma alternativa na coordenação da produção, onde irá escolher a forma como vai organizar a produção com base no que se irá traduzir em menores custos de transação (Barros, 2012).

Os custos de transação são segundo Pondé (1996) *cit. in* Fagundes (s.d.) o consumo de recursos económicos de adaptar, estruturar e monitorizar as interações entre os diferentes agentes, garantindo o cumprimento dos contratos. Segundo Coase (1937) *cit. in* Barros (2012), a integração vertical deixa de ser benéfica para a empresa quando o custo de produção interno é superior ao preço do ativo adicionando o seu custo de transação associado. Com base nesta teoria defendida por Coase, vários autores depois de 1937, redigem conceitos relacionados com os custos de transação, destacados na tabela 4.

Tabela 4: Conceitos de Custos de Transação

AUTORES	CONCEITOS DE CUSTOS DE TRANSAÇÃO
COASE (1937,1991)	Os custos de transação são os custos de informações entre organizações, os custos de negociação e os custos das celebrações dos vários contratos.
ARROW (1969)	Os custos de transação são os custos de controlar o sistema económico da organização.
WILLIAMSON (1985, 1993)	Os custos de transação podem ser custos de negociação e os custos das celebrações dos vários contratos.
CHEUNG (1990)	Os custos de transação são os custos da elaboração e negociação dos contratos, mensuração e fiscalização, monitorização do desempenho e organização das atividades.
MILGRON E ROBERTS (1992)	Os custos de transação são os custos do funcionamento do sistema: os custos da coordenação e os custos da motivação.
NORTH (1994)	Os custos de transação podem ser definidos como aqueles a que estão sujeitos todas as operações de um sistema económico.
NEVES (1999)	Os custos de transação são os custos de efetuar uma troca.

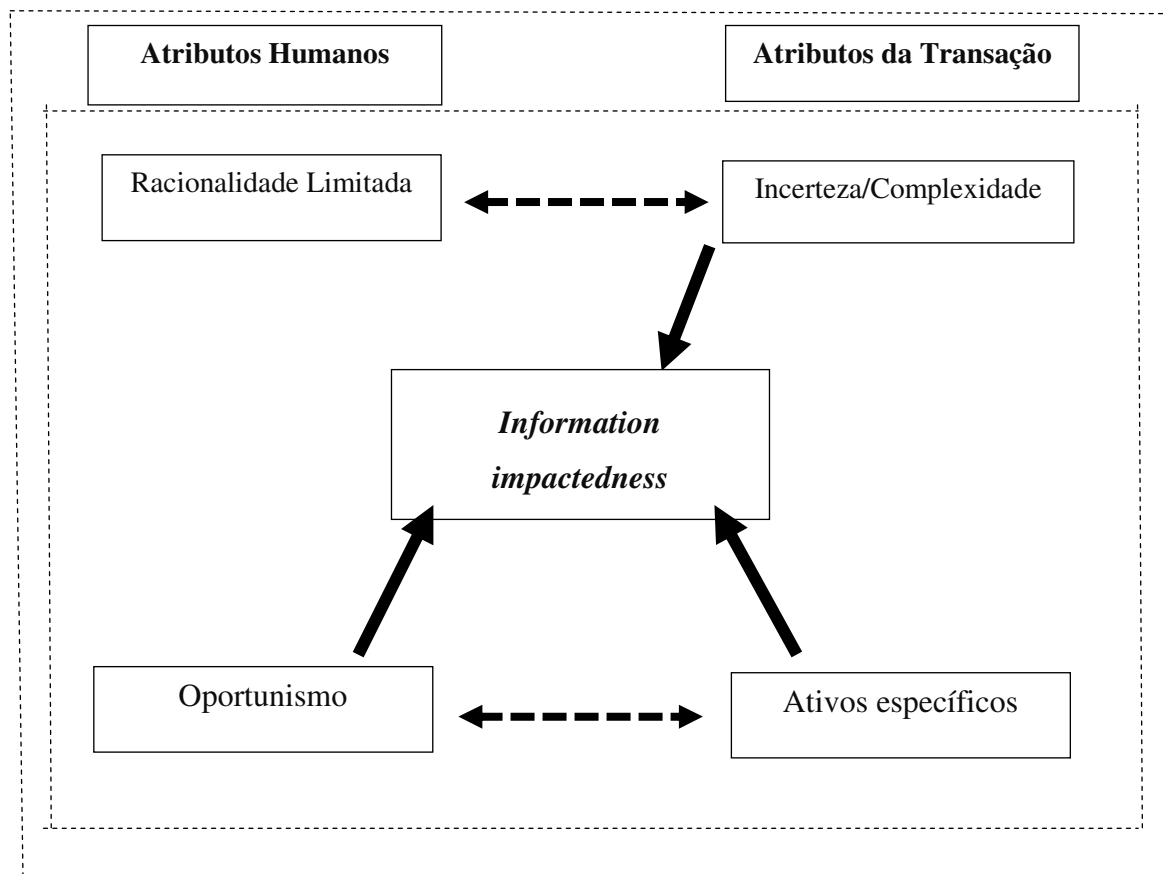
Fonte: Adaptado de Ribeiro (2002)

A teoria apresentada por Coase defende que as transações não só implicam custos, como a tentativa de minimizar esses custos acaba por influenciar a forma como as atividades económicas se organizam (Rocha, 2002). Como se pode verificar, todas as teorias dos custos de transação estão associadas a custos de negociação com outras organizações, os quais, são custos essencialmente com relações contratuais, que advém das **falhas de mercado** (Rocha, 2002). Esta teoria defende que os custos de transação não só são relevantes, como fornecem um instrumental importante para entender certas formas de organização económica (Rocha, 2002). Desta forma, define-se os custos de transação como: “(...) custos não diretamente ligados à produção, mas que surgem à medida que os agentes se relacionam entre si e problemas de coordenação emergem” (Azevedo, 1996 pp.28-29). A minimização destes custos, é segundo Williamson (1994) materializada através do alinhamento das estruturas de gestão com elaboração de estruturas únicas diminuindo assim os comportamentos oportunistas pela outra parte, sobretudo se existir uma relação de dependência entre as duas partes.

Os vários fatores que influenciam as falhas de mercado, tornam quase impossível as empresas transmitirem as informações específicas do que necessitam com um custo razoável (Foss, 1993), devendo-se esta impossibilidade a quatro principais fatores: alto

oportunismo, racionalidade limitada, incerteza/complexidade (contratual e organizacional) e elevada presença de ativos específicos (Moschandreas, 1994).

Figura 14: *Information impactedness*



Fonte: Adaptado de Moschandreas (1994)

Como se pode verificar na figura 14, o impacto informacional (*Information impactedness*), definição que advém de Oliver Williamson (Prêmio Nobel da Economia – 2009), surge segundo Moschandreas (1994) quando os decisores estão interessados a atuar de forma oportunista na presença de incerteza/complexidade e surge quando um participante na transação está melhor informado do que o outro (selação adversa e risco moral) (Moschandreas, 1994).

A especificidade dos ativos é um dos fatores mais importantes que contribuem para os altos custos de transação e, portanto, para a integração. Existem outros fatores conducentes às falhas de mercado também com relevância para a integração vertical, uma dessas falhas identificada por Moschandreas (1994) é a **racionalidade limitada**, que por sua vez,

pressupõe a tomada de decisões usando regras simplificadoras que extraem aspetos principais do problema sem captar toda a sua **complexidade**. Visto que a racionalidade dos agentes económicos é limitada, isto conduz-se a contratos incompletos, no sentido de que é impossível para eles projetar todos os acontecimentos futuros (Kato & Margarido, 2000). Segundo Kreps (1990) *cit. in* Kato & Margarido (2000) a racionalidade limitada significa que será muito dispendioso para os indivíduos prever e contratar para cada eventualidade que pode surgir ao longo da transação.

Considerando que a racionalidade dos agentes económicos é limitada, por eles não terem condições de elaborar um modelo que possa prever perfeitamente futuros acontecimentos, isso implica necessariamente que os contratos pertinentes a qualquer transação sejam incompletos (Kato & Margarido, 2000). Apesar da racionalidade do agente económico ser limitada, estes estão conscientes que as suas relações contratuais necessitam de adaptações e negociações para salvaguardar os respetivos interesses (Kato & Margarido, 2000).

Também o **oportunismo** é considerado um atributo comportamental (do homem) que pode conduzir a falhas de mercado, pois segundo Moschandreas (1994) os indivíduos tem comportamentos falaciosos para seu interesse próprio, distorcendo informação e influenciando diversos fatores de cariz económico. A assimetria de informação numa transação pode conduzir a uma situação em que um agente económico tem mais acesso a informações do que o seu concorrente de mercado, levando-o assim a retirar vantagens adicionais em relação aos restantes (Kato & Margarido, 2000).

Posto isto, caso exista impacto informacional (ou problemas de assimetria em contratos complexos), oportunismo e ativos específicos, podemos estar perante determinantes influenciadores da integração vertical.

Analisar-se-á seguidamente os **ativos específicos**, conjuntamente com o esquema apresentado por Besanko *et al.*, (2006), anos depois do contributo de Moschandreas (1994), onde apresenta as principais presunções para a Integração Vertical (tabela 5). Um ativo específico é aquele que não pode ser utilizado em outras transações sem que se incorra em perda significativa do seu valor (Rocha, 2002). Deste modo, a não desvalorização do ativo depende da continuidade do relacionamento comercial para o qual ele é específico (Rocha, 2002). Em determinados casos, a especificidade de ativos de

transporte torna a negociação entre as empresas excessivamente caro e leva à integração (Moschandreas, 1994). Na realidade, o grau de especificidade dos ativos varia entre os produtos e, mais importante, quer os custos de produção, quer os de transação dependem da especificidade dos ativos (Moschandreas, 1994).

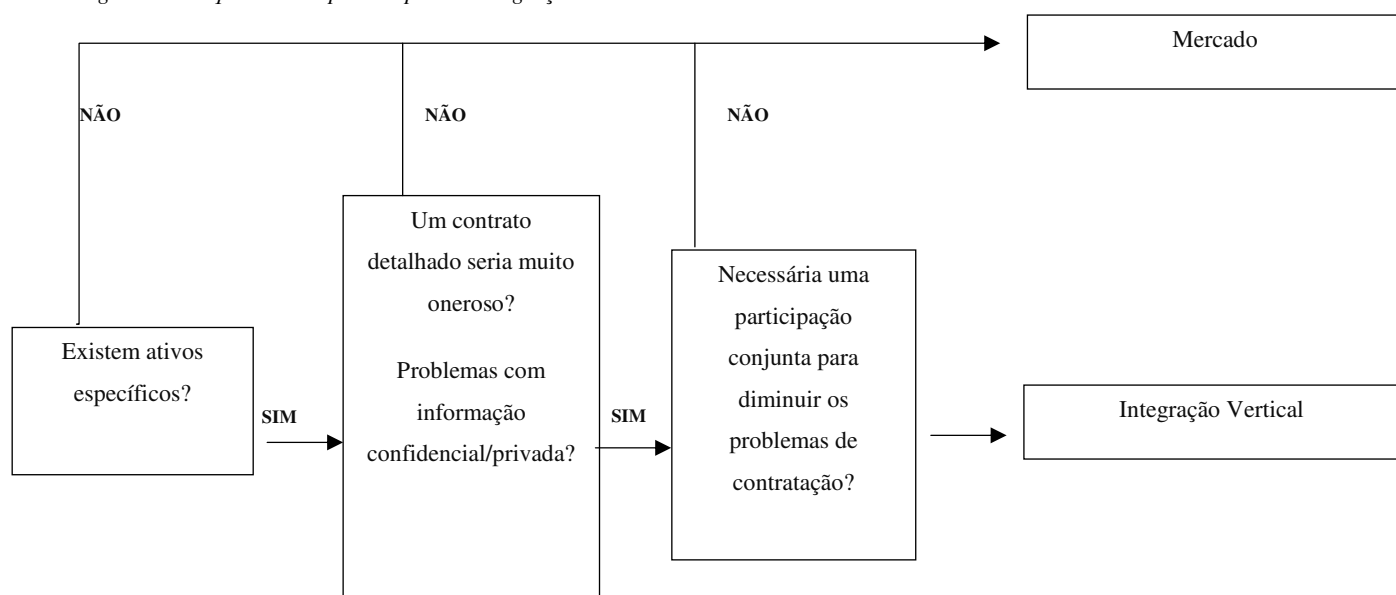
Tabela 5: Especificidade dos ativos

Especificidade dos ativos	Incerteza		
	Baixa	Média	Alta
Baixa	Mercado	Mercado	Mercado
Média	Contrato	Contrato ou Integração Vertical	Contrato ou Integração Vertical
Alta	Contrato	Contrato ou Integração Vertical	Integração Vertical

Fonte: Adaptado de Brickley *et al.*, (2009)

A decisão de integrar verticalmente ou optar pelo mercado (no sentido de satisfazer as necessidades da organização) implica definir o peso dos custos e benefícios da integração, devendo-se realizar uma análise cuidadosa destes fatores, visto a complexidade desta informação. Para tal, Besanko *et al.*, (2006) elaborou um esquema orientador que prevê as diferentes hipóteses (antecedentes à integração) que podem existir e os seus possíveis resultados: integrar verticalmente ou procurar respostas no mercado.

Figura 15: Esquema de hipóteses para a Integração Vertical



Fonte: Adaptado de Besanko *et al.*, (2006)

A primeira questão que Besanko et al., (2006) apresenta, é a existência de ativos específicos, sendo esta a primeira razão, segundo o autor, para a integração vertical. Segundo Rocha (2002) os ativos específicos são aqueles que não podem ser utilizados em outras transações sem que ocorra perdas significativas de valor, assim a não desvalorização desse ativo depende da continuidade da relação comercial para o qual ele é específico. Em situações onde existem ativos específicos nos quais são necessários investimentos elevados, aumenta a probabilidade da empresa optar pela integração vertical (Williamson, 1985), enquanto os ativos se tornam mais específicos, mais necessidade existe de investimentos diferenciados e possivelmente existir comportamento oportunista. Como tal, segundo Coase (1937) este problema apenas poderá ser resolvido através da integração vertical. Para Williamson (1985), não só a especificidade dos ativos mas também a localização da empresa, poderá incentivar a integrar verticalmente a produção. Se considerarmos a existência de uma matéria-prima exclusiva em determinado local, que só pode ser deslocado para outros locais com grandes custos associados, pode-se prever a necessidade de integrar a produção para objetivar uma redução dos custos de transporte associados à distância. Como exemplo, uma indústria petroquímica, caracterizada pela especificidade da localização, pois os seus fatores de produção são difíceis de manusear, transportar ou armazenar, e estas tarefas implicam custos muito elevados, o que incentiva os utilizadores e fornecedores desta indústria instalarem as suas fábricas próximas (entre elas) e dos seus fatores produtivos (Fan, 2000). Deste modo, existem vários fatores influenciadores da Integração Vertical, mas o principal e decisivo serão sempre os Custos de Transação; A integração vertical só se impõe, se houverem dificuldades contratuais ou comportamento oportunístico pós-contratual.

Relativamente à integração vertical, segundo Slack *et al.* (1997, p. 185), todas as empresas devem responder a uma questão muito pertinente: *“se as vantagens que uma integração vertical confere, dado um conjunto particular de circunstâncias empresariais, atendem aos objetivos de desempenho necessários para ela competir mais efetivamente nos seus mercados”*.

4.4. Integração Vertical em Saúde

A implementação de modelos integrados é, segundo vários autores, um processo a seguir numa perspectiva administrativa, de gestão de recursos e na produção clínica.

Segundo Lawrence e Lorsch (1967) a integração de cuidados de saúde define-se como um processo para unificar esforços entre os vários subsistemas na realização dos objetivos da organização. Anos depois, em 2000, a integração de cuidados foi definida como uma técnica e um modelo organizativo preparado para criar colaboração, coordenação e cooperação dentro e entre os prestadores, em termos curativos e de cuidado, tanto na área financeira como administrativa (Kodner & Kyriacou, 2000). Diz-se, no limite, que estamos na presença de uma integração vertical completa quando um sistema de prestação de cuidados de saúde é capaz de prestar todos os serviços a todos os utentes que se apresentam a esse mesmo sistema (Brown & McCool, 1986). Podemos assim confirmar, segundo as teorias da integração apresentadas ao longo do capítulo 4, que a integração vertical em saúde (neste caso as Unidades Locais de Saúde) foram tendencialmente constituídas com base na teoria da integração vertical, envolvendo assim a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre organizações, com o propósito de coordenar interdependências, no âmbito de um projeto coletivo, o utente (Lopes, 2014). A alteração de responsabilidades, relação de comando e controlo e poder hierárquico, são as principais modificações que existem na alteração da integração estrutural no caso da mudança de integração horizontal³ para integração vertical (Byrne e Ashton, 1999) e (Conrad e Shortell, 1996) cit. in (Santana, 2011).

Para Kodner & Spreeuwenberg (2002, p 3): “*Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and*

³ A integração horizontal estabelece-se quando numa fusão entre duas ou mais unidades, sucede uma única entidade responsável pela gestão de todas as organizações no mesmo nível (Santana & Costa, 2008). Em Portugal, não só a criação de centros hospitalares mas também a criação de agrupamentos de centros de saúde um pouco por todo o território nacional são exemplos típicos do movimento de integração horizontal em estruturas de cuidados de saúde (Santana & Costa, 2008).

quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problem scutting across multiple services, providers and settings. The result of such multipronged efforts to promote integration for the benefit of these special patient groups is called ‘integrated care’ ”.

Como se pode verificar segundo Kodner & Spreeuwenberg (2002) a integração não só passa pela continuidade dos cuidados, como pela integração de métodos e técnicas a nível financeiro, pretendendo uma *standardização* em todas as áreas relacionadas com a saúde e bem-estar do utente.

O modelo de Integração Vertical, surge no setor da Saúde em Portugal como um esforço estrutural e organizacional para alterar os problemas entre os Cuidados Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares, visando reduzir a fragmentação e a descontinuidade de cuidados e revalorizando as funções profissionais generalistas como médico e enfermeiro de família, trabalhando em estreita complementaridade, num contexto de equipa multiprofissional com os cuidados diferenciados e especializados (Nunes *et al.*, 2012). Assim, pretende-se que a integração de cuidados de saúde seja uma solução para contornar os obstáculos que os sistemas de saúde enfrentam hoje em dia, verificado pelas alterações demográficas da população, diminuição dos profissionais de saúde e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde.

Durante os últimos 20 anos, muitos modelos foram estudados até conseguir o atual modelo das “Unidades Locais de Saúde” como é apresentado no final do capítulo 3. O primeiro passo na integração vertical em saúde surge com a figura de Unidades de Saúde, através do Decreto de Lei nº11 de 15 de janeiro de 1993, designando tanto os Cuidados de Saúde Hospitalares como os Cuidados de Saúde Primários com personalidade, autonomia e gestão própria, o qual foi revogado anos mais tarde (Nunes, et al., 2012). Posteriormente, surge o Sistema Local de Saúde consentido através de suporte legal no final do século XX que ambiciona um sistema aberto envolvendo um conjunto de instituições e parceiros no processo de “produção” de saúde de uma comunidade local, hoje já implementado em várias regiões, com nome de Unidade Local de Saúde.

A integração vertical de cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez mais importância e isso está bem patente na 3ª página da orientação 002/2013 da Direção Geral de Saúde

(DGS) que refere “*a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico.*”

Segundo Costa e Santana (2008) *cit. in* Matos (2013) a integração de cuidados de saúde, tem os seguintes objetivos:

- Rentabilizar a capacidade instalada nas instalações dos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários (CSP);
- Substituir o internamento pelo ambulatório programado;
- Diminuir o tempo de internamento;
- Incrementar a qualidade assistencial através de programas de gestão da doença visando a minimização de erros e uma quebra de barreiras entre os utentes e os profissionais de saúde;
- Maior centralização do utente no sistema de saúde, focalizando assim os tratamentos nas suas necessidades individuais;
- Promover o bem-estar da população, dando ênfase às fases primárias da doença (promoção e prevenção da doença);
- Aumento das economias de escala através de coordenação dos diversos níveis de cuidados.

Estes objetivos, assentam na característica principal e diferenciadora da estruturação do processo de produção onde deve ser ponderada como um *continuum* de prestação de cuidados de saúde (Parker *et al.*, 2001). Tal como já foi referido anteriormente nas páginas 22 e 30, capítulo acerca das Unidades Locais de Saúde, estes objetivos apresentam-se ainda muito introdutórios à integração vertical, não se definindo como objetivos consolidados e coesos como seria de esperar ao fim de 16 anos de existência através da Unidade Local de Saúde (Matosinhos).

Ao longo dos anos, vários estudos Internacionais têm vindo a ser realizados no âmbito da integração de cuidados. Os processos de integração já foram analisados por vários autores nos EUA, onde existe subsistência de eficiência económica através da racionalização de serviços que advém da integração dos serviços e também em alguns casos economias de escala que surgem dessa mesma gestão integrada.

Tabela 6: Resultados internacionais acerca da Integração

	Diminuição de custos/racionalização de serviços	Economias de escala
Findlay (1993)	X	X
Coddington (1994)	X	
Shortell (1989)	X	
Peters (1994)	X	X
Ackerman (1992)	X	X
Gillies (1993)	X	
Conrad (1993)	X	
Wheeler (1986)	X	
Johnson (1993)	X	
Conrad e Downling (1990)	X	
Brown e McCool (1986)	X	X

Fonte: Adaptado de Walston et al (1996)

Podemos assim esperar a existência de ganhos económicos na integração vertical, devido à racionalização de serviços. Estes ganhos advêm de vários determinantes, baseados em fatores estruturais e organizacionais das instituições que proporcionam uma gestão mais eficiente com tendência a melhores resultados.

Segundo os estudos analisados por Nolte & Pitchforth (2014) apresentados na tabela abaixo, são vários os resultados referentes às consequências positivas na saúde, satisfação do utente e na redução de custos, provenientes da integração vertical na saúde.

Tabela 7: Resultados favoráveis após a integração

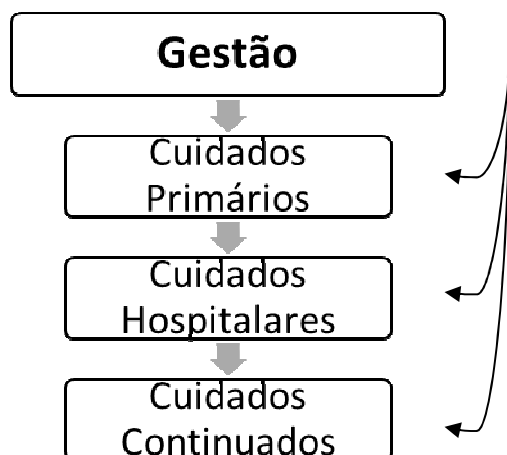
O foco principal da intervenção (número de estudos)	Proporção (%) de estudos com resultado positivo		
	Saúde	Satisfação do utente	Redução de custos
Mudança de relações entre os prestadores de serviços <i>por exemplo gestão de casos, equipas multidisciplinares</i>	65,5%	66,7%	16,7%
Coordenação de atividades clínicas <i>por exemplo consultas conjuntas, avaliações comuns</i>	61,3%	33,3%	20%
Melhorar a comunicação entre os prestadores de serviços <i>por exemplo conferências de caso</i>	55,3%	54,5%	14,3%

Fonte: Adaptado de Nolte & Pitchforth (2014)

Como se pode verificar na tabela, em todos os âmbitos a incidência na redução de custos é pouco relativa em relação a outros resultados (Saúde e Satisfação do utente). Posto isto, será de considerar que quando ocorre uma mudança de relação entre os prestadores de serviço os estudos com resultados positivos são necessariamente na satisfação do utente (66,7%). Já na coordenação de atividades clínicas é beneficiada a saúde do utente com proporção de 61,3% com resultados positivos. No âmbito comunicativo, os estudos indicam uma proporção de estudos com resultados positivos na saúde do utente e na sua satisfação. Com isto, importa referir que segundo os estudos analisados, no caso da integração de cuidados, os efeitos positivos surgem um pouco por todas as áreas mas com principal enfoque na Saúde do utente.

Neste caso, visto tratar-se de instituições todas elas geridas pela mesma estrutura (o Estado) a nível estrutural estão, à *priori*, coordenadas pela mesma administração, mas passam (após a integração) a definir-se numa ótica vertical com uma gestão única, onde uma entidade é responsável por todos os elementos da continuidade dos cuidados de saúde ao longo de diversos níveis de cuidados como nos mostra a figura 16 (Cuidados Primários, Hospitalares e Continuados) (Santana & Costa, 2008).

Figura 16: A gestão nos diferentes tipos de cuidados – Unidades Locais de Saúde



Fonte: Adaptado de Santana & Costa (2008)

A gestão integrada que resulta na constituição das Unidades Locais de Saúde, prevê uma série de melhorias baseadas na produção integrada e no aproveitamento de *output* da estrutura precedente, podendo-se, segundo Samuelson (1988) cit.in Santana (2011) afirmar a presença de integração vertical quando pelo menos uma das organizações utiliza o seu *input* como *output* da outra. Como exemplo prático, podemos considerar a admissão de um doente numa Unidade Hospitalar, referenciado pelos Cuidados de Saúde Primários, onde já contém toda a informação clínica tratada e somente se procede ao seu tratamento – neste caso existe evidência de aproveitamento do trabalho já realizado no “setor de produção anterior” (entenda-se Cuidados de Saúde Primários) e uma minimização do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Hospitalares, representando assim um processo de integração vertical eficiente.

5. Fundamentos Económicos para a Integração Vertical em Saúde

Ao analisarmos as teorias apresentadas no capítulo 4, pode-se substanciar dois principais tópicos: **eficiência produtiva** (através das interdependências tecnológicas) e **custos de transação** (nomeadamente pela complexidade dos contratos e pelo oportunismo pós-contratual).

Como foi referido no início deste documento (na introdução), as Unidades Locais de Saúde foram constituídas “sem qualquer justificação demográfica, social ou tecnológica associada, aparentando-se assim pouco fundamentada”. Como tal, importa deduzir alguns possíveis aspetos incentivadores da sua constituição. Para tal, analisar-se-á a localização das diferentes Unidades Locais de Saúde, podendo-se constatar que a sua implementação foi realizada, na generalidade dos casos, em zonas problemáticas do ponto de vista de **acesso, populacional e de recursos**, acreditando-se que a sua constituição seria indicada na generalidade das zonas onde foi aplicado o modelo (de Unidade Local de Saúde) e esperando-se ganhos de eficiência através da integração, respondendo às exigências e atenuando os problemas das regiões.

Através dos dois principais fatores da integração vertical e após a constituição das Unidades Locais de Saúde, importa tentar responder a uma questão:

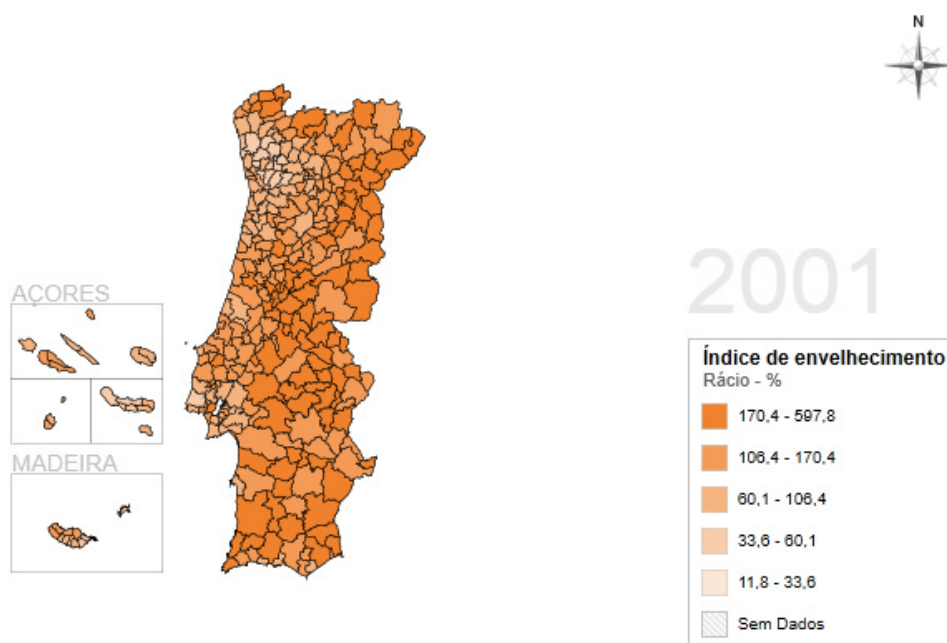
- Quais os **possíveis** fatores que influenciaram a constituição das Unidades Locais de Saúde?

Ao analisar a estrutura de oferta das Unidades Locais de Saúde surgem três pontos bastante comuns entre as estruturas integradas que são: população, acesso e recursos. Destacam-se assim, possíveis pilares para a constituição das Unidades Locais de Saúde, os quais poderão responder à questão formada: **“Quais os possíveis fatores que influenciaram a constituição das Unidades Locais de Saúde?”**.

População - Em relação à população não existe nenhum ponto comum na dimensão populacional das Unidades Locais de Saúde pois, abrangem entre 100.000 habitantes a 250.000. Contudo as Unidades Locais de Saúde têm sido constituídas essencialmente em zonas onde a população tem maior índice de envelhecimento, estando assim associado a uma maior procura e a uma procura mais diferenciada. Como podemos verificar na figura

abaixo, os dados referentes ao índice de envelhecimento no ano de 2001, mostram-nos uma maior incidência em todo o interior, alto minho e litoral alentejano.

Figura 17: Índice de envelhecimento em Portugal



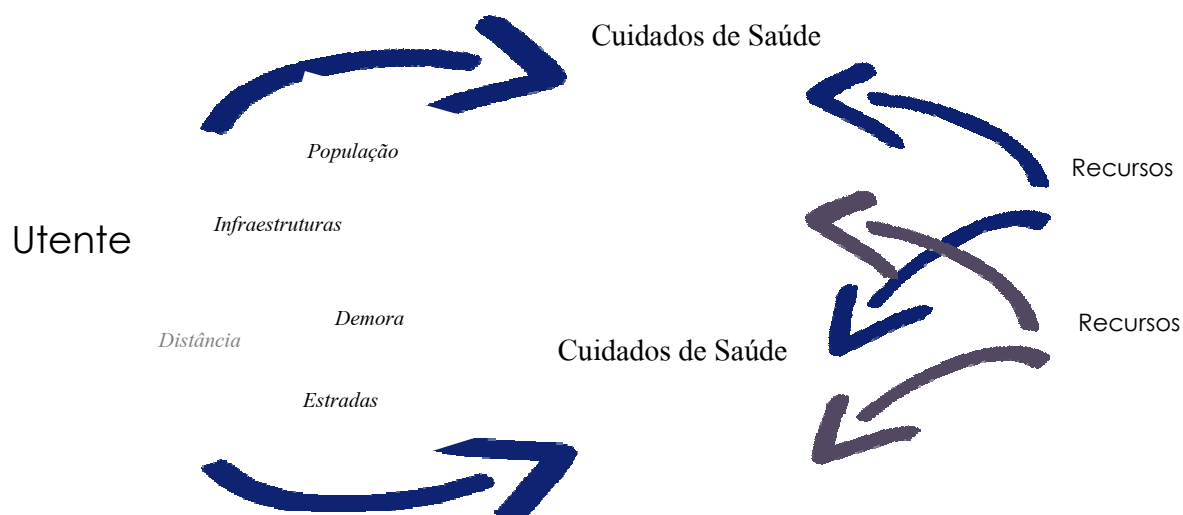
Fonte: Pordata (2001)

Acessos – Muito associado ao envelhecimento da população está a facilidade no acesso aos cuidados de saúde, neste caso, as infraestruturas existentes para a prestação de cuidados assim como as vias (de informação e de transporte) disponíveis para aceder aos cuidados necessários. Podemos neste caso consentir que existe uma maior incidência de constituição de Unidades Locais de Saúde em zonas que têm difíceis acessos, estruturas de saúde distantes, vias de transporte danificadas e *deficit* na difusão da informação médica e não médica.

Recursos – Não só a dificuldade na contratação de novos recursos humanos no interior do país e o seu baixo rácio por 1000 habitantes mas também a existência de tecnologia médica avançada em algumas unidades bastantes díspares da população, faz com que seja necessária uma nova relação (integração) entre unidades (dos vários tipos de cuidados) de forma a maximizar e aproveitar os recursos existentes.

Deste modo, de forma a minimizar os problemas identificados, têm-se verificado algumas alterações essencialmente na criação de Unidades Integradas (Unidades Locais de Saúde), de forma a proporcionar uma resposta centralizada ao utente.

Figura 18: Dificuldades no acesso aos Cuidados de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Como nos mostra a figura acima e no seguimento dos três tópicos identificados como razões deduzidas para a constituição de Unidades Locais de Saúde, podemos concluir que o utente para aceder ao serviço de saúde depara-se com vários obstáculos do ponto de vista da acessibilidade, os quais associados a uma população envelhecida e com dificuldades de mobilidade torna o cenário muito complexo. Estes aspetos julga-se que foram os considerados pelas entidades responsáveis para a constituição das Unidades Locais de Saúde, acreditando-se num aumento na eficiência produzida após a constituição deste novo modelo.

Após a análise dos tópicos anteriores, apresentar-se-á seguidamente os principais determinantes que podem existir nas Unidades de Saúde e que são essenciais para a integração vertical, considerando a teoria da integração vertical, revista no capítulo 4, que é substantiada pela eficiência produtiva e pelos custos de transação.

Observando o assunto desta forma, parece pouco evidente a relação destes tópicos com a área da saúde e em concreto com as Unidades Locais de Saúde. Contudo, se verificarmos

escrupulosamente todos os fatores, existem diversas relações entre a produção industrial e a produção em saúde, como podemos verificar na tabela 8.

Tabela 8: Determinantes essenciais à integração vertical

Integração Vertical	
Eficiência produtiva	1. Recursos humanos; 2. Monitorização do utente 3. Áreas de apoio;
Custos de transação	4. Oportunismo; 5. Assimetria de Informação; 6. Ativos específicos Tecnologia médica;

Fonte: Elaboração própria

Eficiência Produtiva

A área da saúde tem essencial importância não só pelas capacidades tecnológicas e inovadoras mas essencialmente pelos **recursos humanos** existentes. As necessidades sazonais devido a epidemias (curto prazo) ou alterações socio demográficas da população (médio longo prazo) são alguns dos exemplos onde podemos constatar que os recursos humanos devem ser mobilizados consoante as necessidades dos serviços e dos utentes, ou seja, é necessária a adaptação dos recursos humanos (oferta) aos utentes (procura).

Contudo, não só a mobilidade de recursos entre os diferentes tipos de cuidados, mas também a partilha de conhecimento existente na relação entre os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalar, será uma vantagem para a gestão da doença num contexto integrado, sendo assim uma vantagem produtiva. Estas interdependências de conhecimento e recursos conseguem melhorar exponencialmente a eficiência dos cuidados prestados ao utente assim como a capacidade de resposta dos serviços nos diferentes tipos de cuidados.

Outro motivo essencialmente importante e que contribuirá para resultados favoráveis após uma integração, é o acompanhamento do utente no pós-cirúrgico (**monitorização do**

utente). É facilmente compreensível que a segurança do utente aumenta exponencialmente e os custos de tratamento diminuem quando o acompanhamento do intervencionado é realizado pelos Cuidados de Saúde Primários.

Esta relação torna-se produtiva não só para o utente e para os Cuidados de Saúde Primários mas também para os Cuidados de Saúde Hospitalares que se concentram somente nos cuidados cirúrgicos delegando todo o restante acompanhamento para os cuidados de proximidade (CSP) preparados e especializados para a monitorização, avaliação, tratamento e encaminhamento do utente, diminuindo assim custos hospitalares e aproveitando a capacidade instalada dos cuidados de saúde primários e dos recursos.

Nas **áreas de apoio** administrativo (gestão, contabilidade, logística, etc), a integração já ocorre quando se trata de Centros Hospitalares nos quais já existe integração (horizontal). Contudo, nas áreas de apoio administrativo a existência de integração vertical resulta em diminuição de recursos humanos, aumento da uniformização dos artigos consumidos, diminuição do desperdício assim como diminuição do *stock* existente e disponível. Esta integração nas áreas de apoio potencia uma gestão mais eficiente dos recursos existentes e uma melhor informação entre as diferentes unidades, pois a unificação dos procedimentos e das metodologias traz vantagens não só a nível de informação contratual como a nível de gestão de recursos.

Custos de Transação

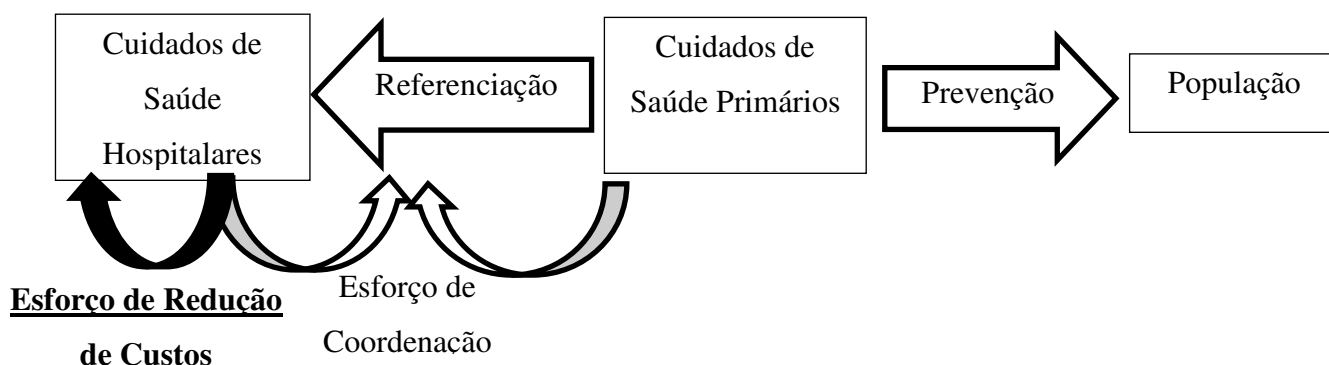
Os recursos humanos disponíveis nas Unidades de Saúde são cada vez mais escassos, pelo que, existe a necessidade de contratação de vários profissionais em *outsourcing*. No que concerne ao profissional médico, começa aqui o grande problema do aumento dos gastos em saúde, devido à complexidade destas contratações. Neste tipo de contratação os profissionais de saúde ficam abrangidos por contratos com empresas nos quais o seu acordo contratual passa a ser muito “flexível” e com poucas especificações contratuais. Sendo as exigências contratuais mínimas, o profissional tende a aumentar assim vários consumos, essencialmente de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticas (MCDT), devido ao seu oportunismo e à incerteza/complexidade de algumas situações.

Os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticas (MCDT) são muitas vezes ativos essenciais ao funcionamento de determinadas unidades de saúde e maioria das vezes ativos diferenciadores destas unidades de saúde. Como tal, a sua utilização depende do bom encaminhamento médico, onde o *deficit* de informação, a complexidade do problema e a existência de um ativo diferenciador, pode levar o profissional a ser oportunista – encaminhando o utente para unidades de saúde do seu interesse.

A existência desta tecnologia médica específica leva a uma gestão mais pormenorizada dos equipamentos, onde o pedido de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) ao exterior deve diminuir exponencialmente ao integrar os vários tipos de cuidados – considerando-se assim que todos os MCDT's são realizados internamente de forma a aproveitar os recursos existentes.

Como tal, outro problema importante na relação contratual, é a referênciação, que por razões financeiras aumenta cada vez mais entre unidades de diferentes tipos (Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares). Neste caso os Cuidados de Saúde Primários têm interesse em referenciar doentes para os hospitais, para assim conseguir dissipar a situação do doente sem o consumo de recursos afetos à sua unidade (CSP).

Figura 19: A referênciação nos Cuidados de Saúde



Fonte: Adaptado de Barros (2013)

Do lado oposto, a nível Hospitalar, se o financiamento for com base na produção, existe muita necessidade em receber esses doentes vindos dos Cuidados Saúde Primários, nomeadamente quando se trata de situações de resolução simplificada (Barros, 2013).

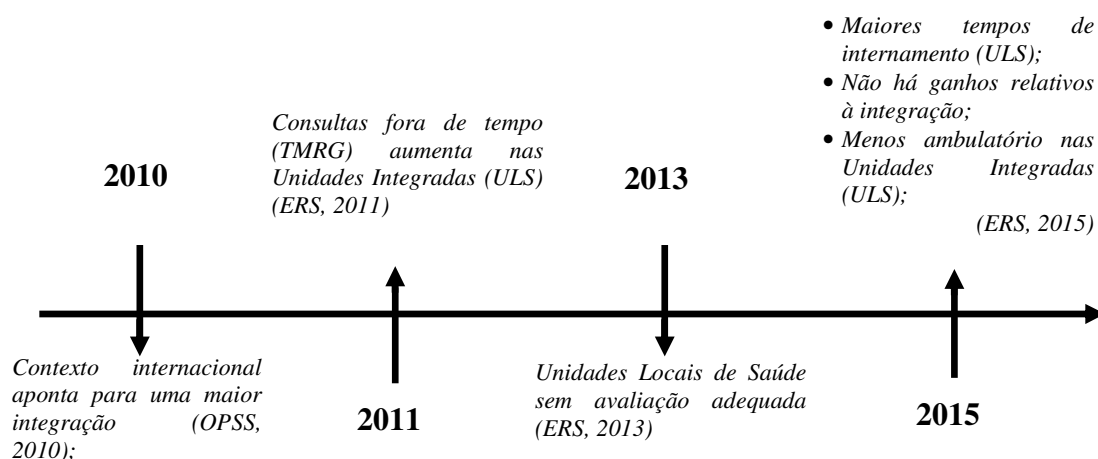
Como já se verificou a incerteza e complexidade dos contratos existentes na área da saúde podem ser melhorados através da procura de integração vertical entre os diferentes tipos de cuidado. As novas políticas de gestão dos Cuidados Saúde Primários, neste caso as Unidades Saúde Familiar, proporcionam cada vez mais incentivos próprios para trabalhar em torno do doente, diminuindo assim a referenciação, aumentando a eficiência e a produção médica. Já no âmbito das Unidades Locais de Saúde (ULS), a sua estrutura incide na continuação e acompanhamento do utente sempre na mesma estrutura, diminuindo assim as ineficiências do setor e aumentando as sinergias existentes, embora não exista ainda qualquer estrutura de incentivos para influenciar a integração e a diminuição de referenciação entre unidades de diferentes tipos. Contudo, este caso é um exemplo explícito de custos de transação, onde existem elevados custos pelo oportunismo dos profissionais, pela falta de exigência na contratualização e ainda pelos custos informacionais que advém das referenciações.

6. Contributos de outras investigações

As dúvidas relativas à integração vertical em saúde e à justificação da constituição das Unidades Locais de Saúde sempre existiram por parte de alguns autores. Como tal, só nos últimos anos têm surgido alguns dados específicos relativos à produção das unidades integradas (ULS) em relação a unidades não integradas (hospitais e centros hospitalares).

Em 2010, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), indica que em contexto internacional, as tendências apontam no sentido da aplicação de modelos com maior integração de cuidados em que as diferentes estruturas se articulam entre si numa visão sistémica, sustentados por modelos de contratualização e financiamento que assegurem o sucesso do processo de gestão da mudança, abrangendo, a participação do utente e a participação dos profissionais com a integração da informação melhorando a educação para a saúde e readequando geograficamente a oferta e a procura de cuidados.

Figura 20: Cronologia dos principais resultados das Unidades Locais de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Com o passar dos anos, têm surgido vários estudos para avaliar a resposta das Unidades Locais de Saúde comparando estas estruturas com Unidades do modelo não integrado. Em

2011 a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) já faz parecer que num hospital pertencente a uma ULS, o número de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas fora do tempo (TMRG) aumenta, o tempo médio e o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento também aumentam, quando comparados com os hospitais que não pertencem a este modelo de gestão integrado. Neste contexto, a Entidade Reguladora da Saúde refere que este resultado pode revelar um problema de acessibilidade, *“podendo este modelo de integração não estar a produzir uma resposta eficiente no que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar”* (ERS, 2011, p.69).

Já em 2013, as Unidades Locais de Saúde continuam, segundo a Entidade Reguladora da Saúde, sem avaliação adequada do desempenho e resultados comparativamente aos modelos não integrados.

Atualmente já existem mais alguns dados relativamente à integração vertical e aos seus resultados. A Entidade Reguladora da Saúde, emite no início de 2015 um estudo de desempenho destas unidades, onde pode-se concluir o seguinte:

- O tempo de estadia em **internamento é maior**, nos hospitais integrados;
- Ao nível da atividade hospitalar verificou-se, no período de 2010 a 2013, uma tendência de crescimento da proporção de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias, nos dois grupos de hospitais, embora os hospitais não integrados em ULS **exibam em todos os anos uma proporção média de ambulatório superior à dos hospitais integrados em ULS.**
- Por último, foi realizado um estudo à eficiência da interação entre cuidados primários e hospitalares, onde se constatou que quase todas as ULS apresentaram valores piores do que os exibidos pelas unidades não integradas. Esta fundamentação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação de ULS **não se estão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias.**

Analisando preliminarmente o relatório da Entidade Reguladora da Saúde através dos dados atrás apresentados, já se podem retirar algumas conclusões acerca da integração vertical assente nas Unidades Locais de Saúde e no seu nível de integração. Posto isto, e considerando a necessidade de uma análise mais pormenorizado, pretende-se apresentar e

analisar os dados envolventes das Unidades Locais de Saúde, com base em duas fases, como nos mostra a figura 21.

Figura 21: Análise dos resultados existentes acerca das Unidades Locais de Saúde

1ª Fase	Apresentação de dados e análise do estudo da Entidade Reguladora da Saúde acerca do desempenho das Unidades Locais de Saúde;
2ª Fase	Complemento desse estudo com a análise de outros indicadores divulgados pela Administração Central dos Serviços de Saúde e sua comparação; (Fonte de dados: ACSS)

Fonte: Elaboração própria

Neste sentido, ir-se-á elaborar uma análise com base no estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015) e complementada com dados divulgados pela Administração Central de Serviços de Saúde (referentes a 2014) em duas grandes áreas: “Acesso” e da “Produtividade / Qualidade”, como nos mostra a tabela 9.

Tabela 9: Tópicos a analisar com base nos estudos existentes

Estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	Análise de dados da Administração Central de Serviços de Saúde (ACSS)
Acesso	
<ul style="list-style-type: none"> • Utentes a menos de 15min. da Unidade de Saúde • Cobertura população – Médicos e Enfermeiros • Tempo de Espera Médio em Cirurgias 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ªs Consultas em tempo adequado
Produtividade / Qualidade	
<ul style="list-style-type: none"> • Excelência Clínica • Segurança do Utente • Focalização no utente • Tempo de internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • % Reinternamento em 30 dias • % Cirurgia de Ambulatório • % Internamento com demora de mais de 30 dias

Fonte: Elaboração própria

Acesso – Entidade Reguladora da Saúde

A exigência do utente na proximidade/acesso à saúde tem vindo a aumentar cada vez mais, o que obriga a uma oferta de cuidados cada vez mais próximos do utente e sólidos do ponto de vista estruturais, não só relativamente à sua distância (cobertura) como aos recursos afetos a cada unidade (ERS, 2015). Em 2007 a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde”, aprovada pela Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, refere, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2015, p.17) que importa “[...] *garantir a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]*”. Anos depois, em 2008, num estudo intitulado “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” compreende que a maioria da população reside a uma distância menor de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) de um ponto da rede (Cuidados de Saúde Primários). Este padrão dos 30 minutos justifica-se por ser o padrão de distância em tempo de viagem até aos serviços, recomendado pelo GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) (ERS, 2015).

Assim, considerando que em 2008 quase a totalidade da população estava abrangida por um prestador de Cuidados de Saúde Primários a menos de 30 minutos, a Entidade Reguladora da Saúde no seu estudo ao desempenho das Unidades Locais de Saúde, mostra-se mais exigente analisando tempos de viagem em estrada de 15 minutos para a caracterização da dimensão geográfica do acesso em Unidades Integradas e Unidades de Saúde não integradas.

Tabela 10: População residente a ≤ 15 minutos da Unidade de Saúde

	Unidade integrada (ULS)	Unidade não integrada
Norte	97,1%	95,4%
Centro	95,9%	95,5%
Lisboa e Vale do Tejo	--	94,4%
Alentejo	83,3%	86,1%
Algarve	--	84,6%
Nacional	92,8%	94,3%

Fonte: ERS (2015)

Nos Cuidados de Saúde Primários, quanto à cobertura populacional, verifica-se nas unidades integradas (ULS) que 92,8% dos habitantes se encontram numa área de abrangência até 15 minutos de viagem em estrada. Contudo, no caso das unidades não integradas o panorama é um pouco melhor, situando-se 94,3% dos habitantes, a um tempo inferior a 15 minutos de viagem em estrada, para aceder a um estabelecimento de Cuidados de Saúde Primários.

Não só a distância entre a residência e a Unidade de Saúde foi avaliada pela Entidade Reguladora da Saúde, mas também os recursos humanos disponíveis foram abordados pelo estudo. Como podemos verificar na tabela abaixo, existe um rácio superior de médicos e enfermeiros em unidades não integradas do que em unidades integradas.

Tabela 11: Rácio de Enfermeiros e médicos por população

Região	Rácio de médicos por população coberta por ULS	Rácio de médicos por população não coberta por ULS	Rácio de enfermeiros por população coberta por ULS	Rácio de enfermeiros por população não coberta por ULS
<i>ARS Norte</i>	1,81	1,71	2,92	2,67
<i>ARS Centro</i>	0,96	2,59	3,01	4,52
<i>ARS LVT</i>		2,1		3,18
<i>ARS Alentejo</i>	0,98	1,51	2,77	2,86
<i>ARS Algarve</i>		1,39		3,19
Nacional	1,38	1,99	2,89	3,22

Fonte: Adaptado de ERS (2015)

Para os utentes, outro dos principais aspetos no acesso é o tempo de espera. Este indicador é avaliado neste estudo através do tempo médio de espera dos episódios operados, onde as unidades integradas têm uma espera média tenuemente superior, embora após aplicado o teste de Mann-Whitney concluir-se que o tempo de espera superior nas unidades integradas não ser dependente do modelo (integrado ou não integrado).

Tabela 12: Tempo médio de espera dos episódios operados

Integração em ULS	Tempo médio de espera dos episódios operados	
	Média	Mann-Whitney (p-value)
Sim	3,049	85,000 (0,089)
Não	2,642	

Fonte: ERS (2015)

Depois desta análise realizada pela Entidade Reguladora da Saúde (2015) ao acesso, analisar-se-á um indicador de acesso disponibilizado pela Administração Central dos Serviços de Saúde: “primeiras consultas realizadas em tempo adequado”⁴. Os dados apresentados são agrupados por Distrito para melhor visualização dos resultados. Deve-se considerar que somente 2 distritos têm Unidades Integradas (ULS) e Não Integradas (CH ou Hospitais) simultaneamente⁵.

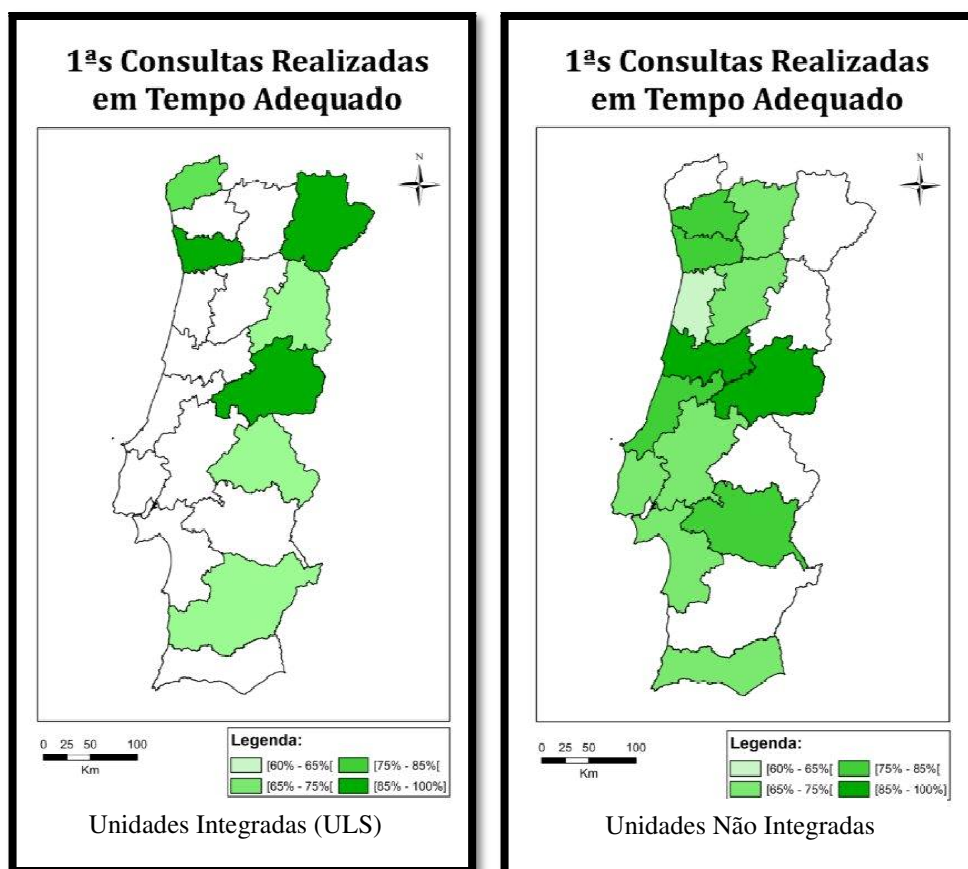
Acesso – Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS)

Deve-se considerar que no mapa são apresentados os resultados (consolidados por distrito) das Unidades Locais de Saúde (à esquerda) e dos Hospitais e Centros Hospitalares (não integrados – à direita). Neste caso, podemos considerar que no acesso existem mais distritos com melhores resultados nas Unidades integradas do que nas unidades não integradas (Bragança; Castelo Branco e Porto). Independentemente desses resultados, existe curiosamente um distrito que apresenta melhores resultados em unidades integradas e unidades não integradas (Castelo Branco), podendo isto refletir que os bons resultados no acesso (neste caso nas consultas em tempo adequado) não está relacionado só com a integração, mas pode também estar relacionados com outros fatores.

⁴ Nível Hospitalar

⁵ Distrito do Porto (ULS Matosinhos) e Distrito de Castelo Branco (ULS Castelo Branco)

Figura 22: 1^{as} Consultas realizadas em tempo adequado – relação entre unidades integradas e não integradas



Fonte: Adaptado de ACSS (2014)

A título de exemplo, pode-se utilizar o distrito de Castelo Branco como comparativo entre o modelo integrado e não integrado, pois a população abrangida entre a ULS de Castelo Branco e o Centro Hospitalar da Cova da Beira é muito semelhante (aprox. 100.000 habitantes)⁶. Como tal, pode-se afirmar que neste caso os **resultados no Acesso são idênticos na unidade integrada ou não integrada**, não existindo assim conclusões que identifiquem melhorias nos resultados das unidades integradas em relação aos típicos hospitais/centros hospitalares, sendo os resultados muito idênticos nos diferentes tipos de cuidados e distritos. Contudo, através dos dados da Entidade Reguladora da Saúde (2015) pode-se constatar que todos os indicadores apresentados neste capítulo são melhores nas unidades não integradas do que nas unidades integradas.

⁶ Existem 2 distritos que contém Unidades de Saúde com o modelo Integrado e Não Integrado, que são Porto (ULS Matosinhos) e Castelo Branco (ULS Castelo Branco).

Considerando que o distrito de Castelo Branco tem os dois modelos (Integrado e não integrado) e que são distritos muito simétricos (dimensão populacional), utilizar-se-á este distrito como base comparativa entre os dois modelos.

Tabela 13: Síntese de resultados - Acesso

Fonte	Acesso	
Entidade Reguladora da Saúde	Utentes a menos de 15min da Unidade de Saúde;	
	Cobertura população por Médicos – Unidade Saúde Hospitalares;	
	Cobertura população por Enfermeiros – Unidade Saúde Hospitalares;	
	Tempo de Espera Médio em Operações ⁷ ;	
Castelo Branco (distrito) Dados ACSS	1 ^{as} consultas realizadas em tempo adequado	

Fonte: Elaboração própria ⁸

Com base nos dados apresentados ainda não é exequível identificar possíveis conclusões, pois só se conseguirá depois da análise de eficiência, visto que, por exemplo, neste caso a cobertura da população por médicos e enfermeiros, pode ter dois significados:

- Existência de poucos recursos nas unidades integradas – neste caso considera-se a ULS pior do que o modelo não integrado por falta de recursos e pior produção;
- Eficiência produtiva nas unidades integradas diminuindo assim a necessidade de recursos humanos – neste caso conseguindo melhor ou igual produção com menos recursos a Unidade Local de Saúde passa a ser melhor no acesso do que o modelo não integrado.

⁷ Segundo o teste Mann-Whitney concluir-se que o tempo de espera superior nas unidades integradas **não é dependente** do modelo (integrado ou não integrado).

⁸ As cores da imagem referem: Verde – melhor resultado em relação ao outro modelo; Amarelo – pior resultado em relação ao outro modelo;

Produtividade e Qualidade – Entidade Reguladora da Saúde

Depois da análise ao Acesso nos cuidados de saúde, é necessário verificar a produtividade e a qualidade dos cuidados, de modo a validar os resultados do ponto anterior (Acesso), onde ainda não se concluiu qualquer relação ou diferença entre os diferentes modelos.

Quando principiámos na análise da “Excelência Clínica” verificámos uma melhoria das unidades integradas, pois todas as ULS obtiveram estrela (segundo avaliação da ERS) e no caso não integrado só 96% obtiveram estrela de excelência. Novamente se conclui que embora os resultados serem díspares entre modelos diferentes, o teste Qui-quadrado verifica a independência da unidade ser ou não integrada em ULS.

Tabela 14: Excelência Clínica – relação entre unidades integradas e não integradas

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (<i>p-value</i>)
Excelência Clínica	Sim	100%	-	0,365 (0,546)
	Não	96%	4%	

Fonte: ERS (2015)

Outros dos aspetos importantes nas unidades de saúde em geral é a segurança do doente. Nesta análise pode-se verificar que nas unidades não integradas, maioria obteve estrela (com base na avaliação da ERS – 86%) ao contrário das Unidades Locais de Saúde com obtenção de estrela só em 54%. Neste caso através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se que a atribuição da estrela depende da unidade se encontrar ou não integrada em ULS - neste caso concreto, a probabilidade de obtenção de estrela nesta dimensão é maior nos estabelecimentos não pertencentes a Unidade Local de Saúde.

Tabela 15: 1ª Segurança do doente – relação entre unidades integradas e não integradas

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (<i>p-value</i>)
Segurança do doente	Sim	54%	46%	7,373 (0,007)
	Não	86%	14%	

Fonte: ERS (2015)

Outro determinante analisado foi a focalização do doente, onde se pode confirmar que nas unidades integradas o panorama é positivo mas pouco favorável em comparação às

unidades não integradas, obtendo estrela nesta dimensão em 85% das Unidades Locais de Saúde e 82% nas unidades não integradas. Foi de novo realizado o teste Qui-quadrado, onde se concluiu que a atribuição da estrela não depende da unidade se encontrar ou não integrada em ULS.

Tabela 16: Focalização no doente – relação entre unidades integradas e não integradas

Dimensão	Integração em ULS	Obtiveram estrela	Não obtiveram estrela	Qui-quadrado (p-value)
Focalização no doente	Sim	85%	15%	0,060 (0,807)
	Não	82%	18%	

Fonte: ERS (2015)

Admitindo um conjunto de internamentos no período de 2011 a 2013, podemos verificar que o tempo de internamento entre unidades integradas e não integradas é muito próximo, embora quando se recorre ao teste *t* de Student, verifica-se que tempo de internamento é diferente entre unidades integradas e unidades não integradas, ou seja, existe relação entre os resultados e a integração existente.

Tabela 17: Internamento (tempo de estadia) – relação entre unidades integradas e não integradas

Internamento (Tempo de Estadia)	Integração em ULS	Média	Desvio-Padrão	Teste-t (p-value)
	Sim	5,1	3,76	t = 37,537 (0,000)
	Não	4,78	3,65	
	Total	4,82	3,66	

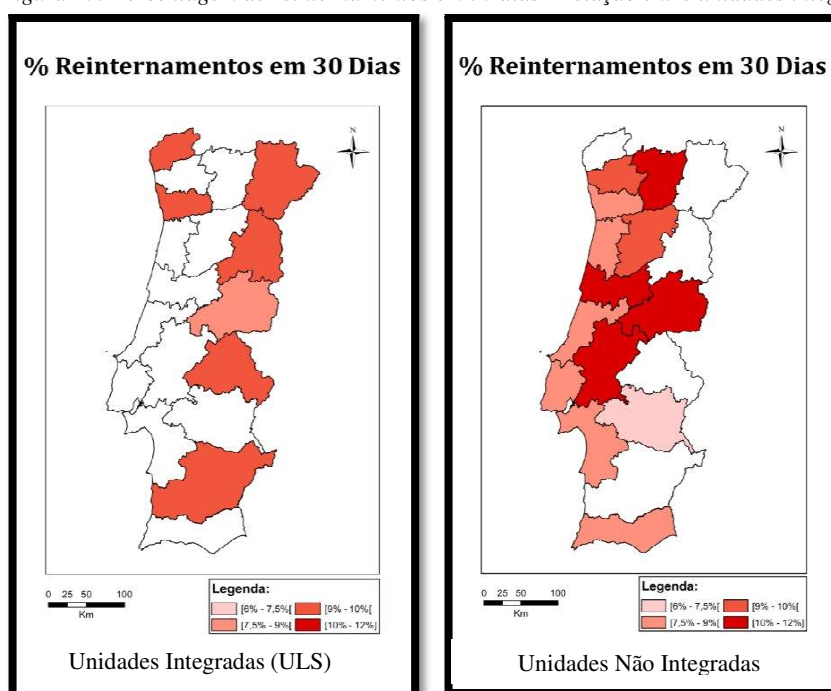
Fonte: ERS (2015)

Produtividade e Qualidade – Administração Central dos Serviços de Saúde

Considerando os dados acima, analisar-se-á seguidamente 3 indicadores apresentados pela Administração Central dos Serviços de Saúde: “Reinternamento em trinta dias”, “Cirurgia de Ambulatório” e “internamentos com demora superior a trinta dias”. Com esta análise, novamente apresentada em mapas e consolidada em distritos, prevê-se analisar e apresentar os resultados relativos à produtividade e qualidade, de forma a complementar as conclusões do estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015). Será importante recordar que em geral no Acesso, as Unidades Integradas não apresentaram resultados favoráveis, ao contrario do que seria de esperar com as unidades integradas verticalmente.

A percentagem de reinternamentos em trinta dias é outro dos determinantes apresentados para verificar a qualidade dos serviços. Segundo a consolidação realizada através dos dados da ACSS, importa indicar que os **resultados no modelo não integrado são claramente piores do que no modelo integrado**. Neste caso, pode-se afirmar que a estrutura não integrada tem uma percentagem de reinternamentos em 30 dias superior a 10% em quatro distritos (Castelo Branco, Coimbra, Santarém e Vila Real), contudo no distrito de Évora o modelo não integrado apresenta um resultado médio muito inferior a todos os outros distritos (até mesmo os distritos com unidades integradas- ULS).

Figura 23: Percentagem de reinternamentos em 30 dias – relação entre unidades integradas e não integradas

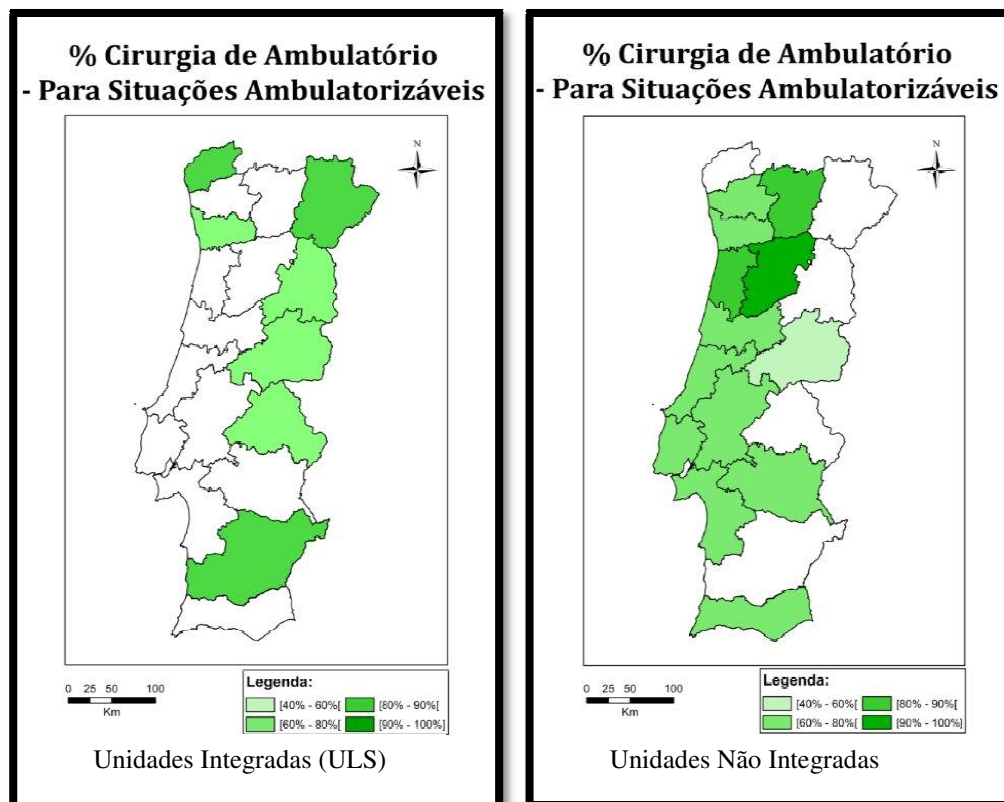


Fonte: Adaptado de ACSS (2015)

Utilizando de novo a comparação entre o distrito de Castelo Branco, pelas razões atrás identificadas, podemos identificar **melhores resultados no modelo integrado relativamente ao modelo não integrado no que concerne aos reinternamentos**.

Outro dos aspetos a considerar na produção hospitalar é a percentagem de cirurgias de ambulatório efetuadas (para situações ambulatorizáveis). Neste caso podemos considerar que existem melhores resultados no modelo não integrado onde o distrito de Viseu por exemplo, apresenta valores acima de 90%. Contudo Castelo Branco apresenta-se com piores resultados, mas volta a estar em vantagem no modelo integrado.

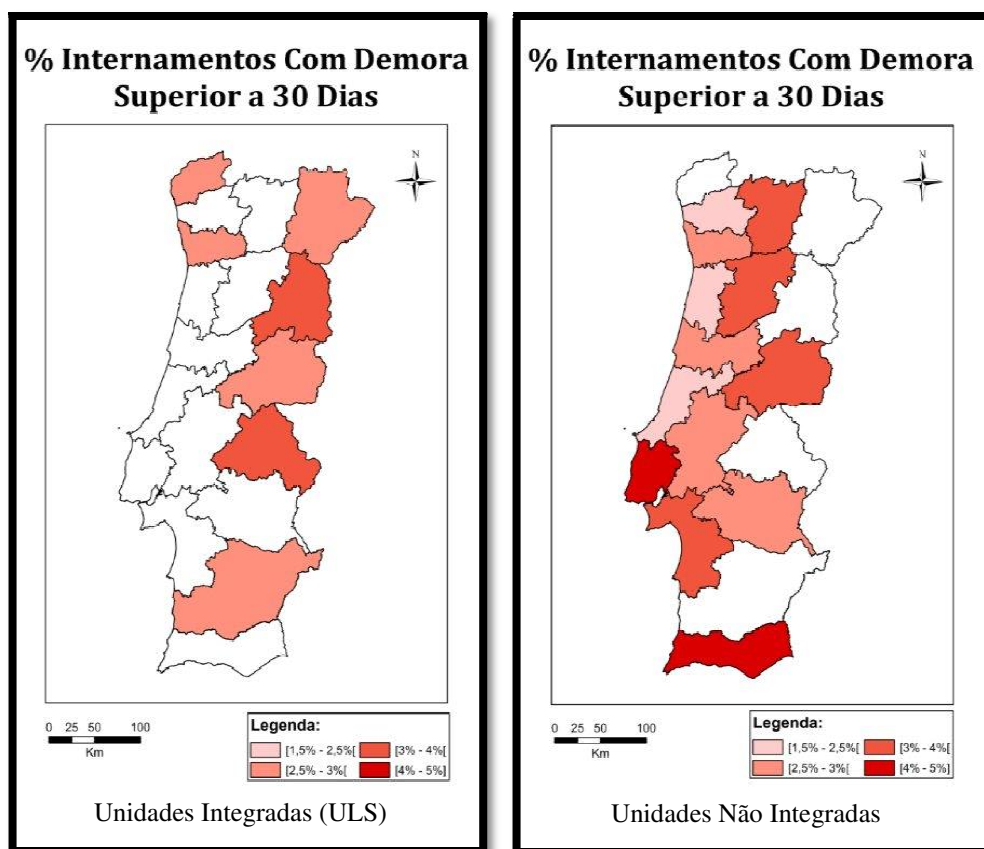
Figura 24: Percentagem de cirurgia de ambulatório – relação entre unidades integradas e não integradas



Fonte: Adaptado de ACSS (2015)

Por último, analisar-se-á a percentagem de internamentos com demora superior a trinta dias, onde neste caso o modelo não integrado apresenta uma distribuição de resultados (conforme mapa acima -direita) pior do que o modelo integrado (mapa esquerda). Contudo, volta-se a confirmar melhores resultados no modelo integrado no distrito de Castelo Branco do que no modelo tradicional (não integrado).

Figura 25: percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias – relação entre unidades integradas e não integradas



Fonte: Adaptado de ACSS (2015)

Podemos concluir através do Estudo da Entidade Reguladora da Saúde e da consolidação de dados realizada através da Administração Central de Serviços de Saúde que as Unidades Locais de Saúde (modelo integrado) não apresentam em todos os casos destacáveis melhorias em relação ao modelo não integrado – **seria de esperar, sendo um modelo integrado verticalmente, que os resultados fossem em todos os aspetos, significativamente melhores do que nas unidades não integradas.** Contudo, ao comparar-se o distrito de Castelo Branco (que dispõe de unidades de modelo integrado e não integrado- abrangendo aproximadamente a mesma população), verifica-se uma melhoria nas unidades integradas, em todos os determinantes produtivos (Reinternamento em 30 dias; Cirurgia de Ambulatório e Internamento com demora superior a 30 dias)

Tabela 18: Síntese de resultados – Produtividade e qualidade

Fonte	Produtividade e Qualidade	
Entidade Reguladora da Saúde	Excelência Clínica 9;	<p>NÃO ULS 96% ULS 100%</p>
	Segurança do Utente;	<p>ULS 54% NÃO ULS 86%</p>
	Focalização no utente 10;	<p>NÃO ULS 82% ULS 85%</p>
	Tempo de internamento;	<p>NÃO ULS 4,78 % ULS 5,1 %</p>
Castelo Branco (distrito) Dados ACSS	Reinternamento em 30 dias	<p>min 6,30% ULS 8,31 % NÃO ULS 10,60%</p>
	Cirurgia de Ambulatório	<p>NÃO ULS 46,60% ULS 69,50% max 80,47%</p>
	Internamento com demora superior a 30 dias	<p>min 1,87% ULS 2,71% NÃO ULS 3,34% max 4,67%</p>

Fonte: Elaboração própria

6.1. Síntese conclusiva

Como se pode verificar nos dados anteriormente apresentados, existe uma forte divergência entre os dados da Entidade Reguladora da Saúde apresentados no seu relatório e os dados trabalhados através da informação da Administração Central dos Serviços de Saúde. Importa realçar que os determinantes analisados são diferentes na generalidade e que só foram abordados alguns tópicos considerados mais relevantes. Como tal, a figura abaixo apresenta um resumo do que foi apresentado anteriormente, excluindo os dados que

⁹ Através dos testes estatísticos realizados pela ERS (2015), o resultado não depende da tipologia da Unidade de Saúde (Integrada ou Não Integrada);

¹⁰ Através dos testes estatísticos realizados pela ERS (2015), o resultado não depende da tipologia da Unidade de Saúde (Integrada ou Não Integrada);

não estavam dependentes da tipologia da organização (validado através de testes estatísticos).

Tabela 19: Síntese Conclusiva

Fonte	Acesso	
Castelo Branco (distrito) Dados ACSS	1 ^{as} consultas realizadas em tempo adequado	
	Reinternamento em 30 dias	
	Cirurgia de Ambulatório	
	Internamento com demora superior a 30 dias	

Fonte: Elaboração própria

A diferença entre os resultados é manifestamente visível, pelo que importa apresentar algumas possíveis razões:

- O estudo da Entidade Reguladora da Saúde é baseado no aglomerado de todas as Unidades Integradas e não integradas - não existindo uma relação individualizada das Unidades Locais de Saúde torna-se difícil **compreender se o problema está no modelo integrado, ou somente em algumas Unidades Locais de Saúde.**
- Através da análise realizada somente ao distrito de Castelo Branco e considerando a população abrangida pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e pelo Centro Hospitalar da Cova da Beira, pode-se verificar que neste caso individualizado o **modelo integrado apresenta resultados claramente melhores no modelo integrado do que no modelo não integrado.**
- Pode-se verificar que somente nesta análise através dos dados da ACSS e individualizada ao distrito de Castelo Branco se retira benefícios do modelo

integrado. Estes resultados podem estar influenciados por outras variáveis não consideradas para este distrito (validou-se a comparação somente com a população – podem existir outros fatores que influenciem os resultados).

Como tal, e considerando o último tópico acima apresentado, no caso concreto de Castelo Branco verifica-se que os resultados nem sempre são os melhores, mas que estão claramente acima do modelo não integrado.

7. Problemas de Integração

Posto isto, e tendo em consideração os dados acima apresentados, identificar-se-á seguidamente, através de autores como Matos (2013) ou Santana *et al*, (2009), que investigaram atempadamente a integração vertical na saúde com base nas Unidades Locais de Saúde já existentes, alguns problemas identificados nas Unidades Locais de Saúde, sendo que, alguns destes problemas identificados, podem ser os impulsionadores de alguns dos resultados nas Unidades Locais de Saúde, identificados durante o capítulo anterior:

Tabela 20: problemas de integração identificados por outros estudos/autores

Área	Problema identificado	Possível razão
Produção	A estrutura apresentada para efeitos de contratualização e sequente acompanhamento equivale a um somatório dos níveis de cuidados de saúde existentes nas Unidades Locais de Saúde. O processo não é assim encarado como um <i>continuum</i> de cuidados prestados, traduzindo-se a separação dos níveis na discriminação da produção efetuada segundo uma lógica individual.	Mantém a divisão estrutural entre os Cuidados Primários, Secundários e Terciários – Não foi realizada a integração de todos os níveis no contexto produtivo – mantêm-se a existência de várias unidades de saúde, mas com um nome homogéneo “Unidade Local de Saúde”.
Classificação de doentes	Os sistemas de classificação de doentes utilizados para quantificar o processo de produção das Unidades Locais de Saúde refletem o <i>output</i> de cada nível de cuidados, através do recurso aos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) na componente hospitalar e ao <i>International Classification of Primary Care</i> (ICPC) relativo aos Cuidados de Saúde Primários.	A classificação dos utentes é realizado de forma autónoma em cada nível de Cuidados, não tendo sido realizado a unificação da classificação realizada em contexto de Unidade Local de

Indicadores	Pode-se afirmar que os indicadores utilizados no acompanhamento são dirigidos exclusivamente a cada nível de cuidados de saúde, isto é, os cuidados primários e os cuidados hospitalares são monitorizados através de indicadores específicos e próprios de cada realidade, não estando a integração ainda efetivada a este nível.	Saúde – mantêm-se a existência de vários sistemas de classificação de doentes, provenientes das anteriores unidades de saúde não integradas, mas com um nome homogêneo “Unidade Local de Saúde”.
Sistemas de Informação	Na informação eletrónica existente, os sistemas de informação que são utilizados para desenvolvimento do processo de acompanhamento, na maioria das vezes são distintos e contêm cada um informação relativa a cada nível de cuidados, como tal, é necessário recorrer aos dois sistemas para obter acesso à informação global de uma ULS.	O clínico não consegue acompanhar o doente porque não existe uma gestão única dos processos, o que impossibilita o acompanhamento eficaz ao longo do processo produtivo- mantêm-se a existência de várias respostas informáticas, não unificadas para uma produção conjunta entre os vários tipos de cuidados existentes.
Contacto dentro da ULS	A frequência de contacto entre os médicos de família e os especialistas hospitalares da ULS revelou ser menos efetiva quando comparada com a frequência com que os médicos comunicam em ambiente não integrado (Cuidados de Saúde Primários com Cuidados de Saúde Hospitalares).	A não existência de contacto entre os profissionais de saúde, leva a uma assimetria na informação o que trás grandes desvantagens à eficácia dos cuidados assim como à qualidade de vida do utente. Esta situação [parece] acontecer porque os profissionais não foram inteirados desta nova estrutura e não conhecem o novo sistema no qual estão inseridos (modelo integrado verticalmente).
Informação de retorno	A percentagem de informação de retorno recebida pelos médicos de família revelou ser mais elevada na estrutura não integrada em relação à verificada no modelo integrado (ULS).	

Fonte: Elaboração própria – Dados de Matos (2013) e Santana *et al.*, (2009)

Para Matos (2013) as conclusões possíveis de extrair na investigação realizada num contexto relacional entre Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Secundários,

parecem ir ao encontro do que foi referido no Fórum de CSP (Parte III) de 7 de Dezembro de 2012 – *“As ULS não são suficientes, nem provavelmente serão necessárias.”*

Também segundo Santana *et al.*, (2009) a integração de cuidados nas Unidades Locais de Saúde no caso dos Cuidados Primários e Hospitalares ainda são autónomos, não realizando a sua integração corretamente, isso pode ler-se no documento relativo à metodologia de pagamento utilizado nas Unidades Locais de Saúde para 2009, onde é referido por parte da ACSS (2009, p.5) a intenção de *“dar continuidade e incrementar o modelo de monitorização e acompanhamento em vigor para os hospitais EPE e implementar os indicadores previstos para as Unidades de Saúde Familiares”*. Existe também um tratamento autónomo no “contrato-programa” das Unidades Locais de Saúde, onde se considera a produção hospitalar e os objetivos relativos aos cuidados primários em diferentes documentos (ou seja apresentado em diferentes anexos), não dando seguimento à ideia do *continnum* de cuidados, anteriormente referido no capítulo 4 (Santana *et al.*, 2009). Esta dissemelhança contratual ainda existente e relatada anteriormente, pode ter como origem a nomeação dispare de dois clínicos, um para os Cuidados de Saúde Primários e outro para os Cuidados de Saúde Hospitalares – não existindo a integração completa de todas as áreas, dificilmente será realizado na totalidade toda a integração administrativa e informática.

Para que a definição de integração contemple todos os aspetos fundamentais do termo, é necessária a participação do utente através da boa receção e compreensão da informação relativa à sua doença, pois é o utente o elemento fulcral para que exista uma boa gestão nas transições entre os diferentes níveis de cuidados (Coleman *et al.*, 2002).

8. Metodologia da investigação

8.1. Enquadramento

Depois de apresentados os estudos que referem algumas considerações importantes referentes à integração vertical das Unidades Locais de Saúde e, considerando que a integração vertical deveria, em princípio, beneficiar as organizações com melhores resultados em todas as áreas, importa compreender qual a integração existente nestas unidades, e em alguns casos, se existe integração ou se tratou somente de uma fusão institucional.

8.2. Desenho de investigação

Para elaborar um trabalho de investigação o tipo de estudo tem que ser previamente definido tendo em conta o seu desenho (Gaspar, 2011).

Como se pode verificar na figura abaixo, já foi anteriormente elaborada uma análise aos dados existentes (ERS, ACSS e outros autores) procurando identificar indicadores menos desenvolvidas do ponto de vista integrativo (1ª e 2ª fase), em relação a unidades não integradas.

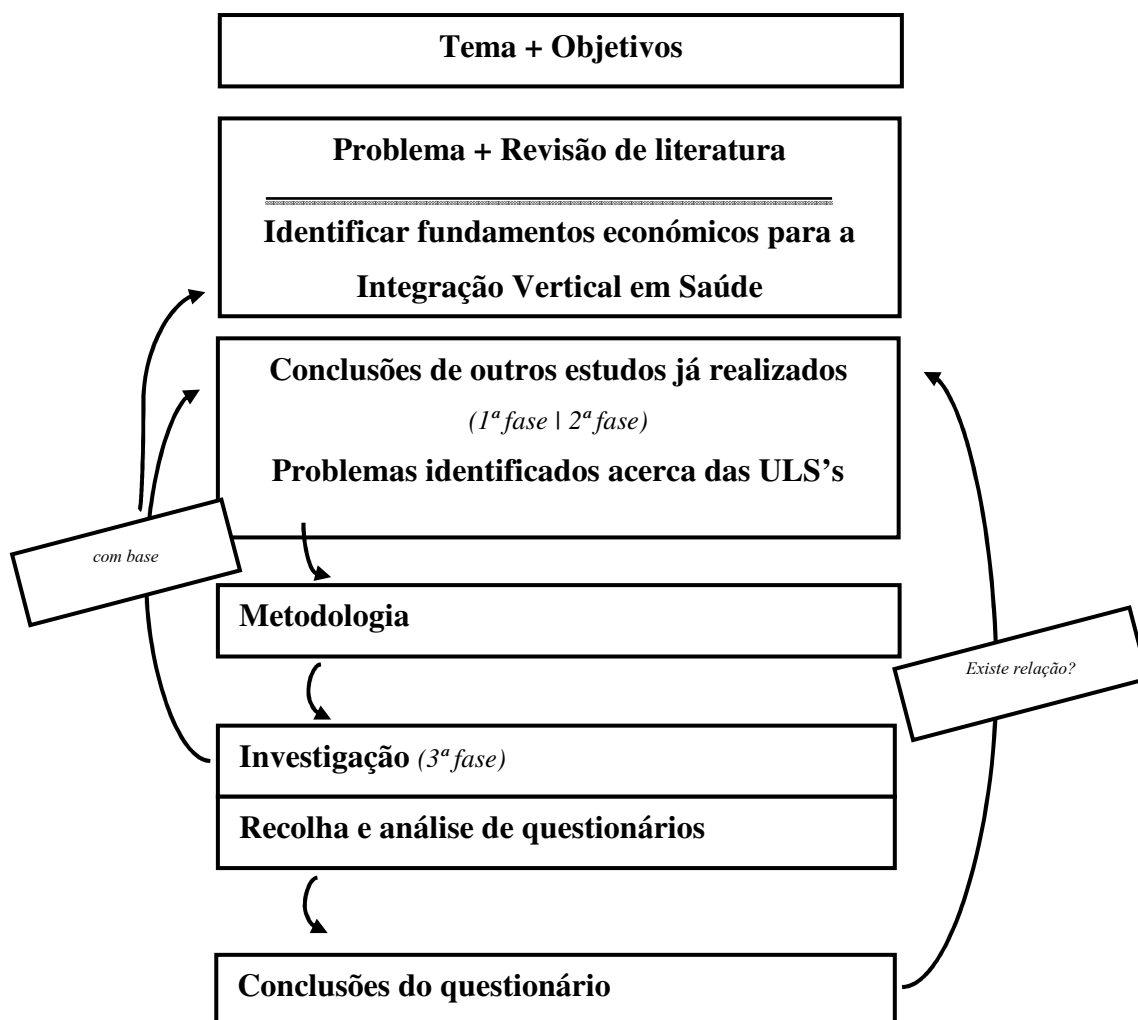
Figura 26: Principais fases do estudo

1ª Fase	Apresentação de dados e análise do estudo da Entidade Reguladora da Saúde acerca do desempenho das Unidades Locais de Saúde;	Já elaborado
2ª Fase	Consumação desse estudo com a análise de outros indicadores divulgados pela Administração Central dos Serviços de Saúde e sua comparação; (Fonte de dados: ACSS)	Já elaborado
3ª Fase	Questionário à gestão de topo (conselhos de administração e administradores hospitalares de Unidades Locais de Saúde), com objetivo de identificar a integração existente no modelo.	

Fonte: Elaboração própria

Considerando a temática em estudo e as conclusões preliminares já identificadas, na 3ª fase deste estudo pretende-se através dos dados apresentados pelos vários estudos e autores, averiguar qual a integração realizada nas Unidades Locais de Saúde pretendendo assim confirmar hipóteses/razões para os resultados apresentados e identificar quais os processos a modificar ou quais os processos que devem ser implementados de forma a obter os resultados esperados em modelos integrados (substancialmente melhores do que em modelo não integrado).

Figura 27: Desenho da investigação



Fonte: Elaboração própria

8.3.Pergunta de Partida e Objetivos

Pergunta de Partida

- Qual a integração existente nas Unidades Locais de Saúde?

Objetivos da investigação

O objetivo principal da investigação (3ª fase) consiste na **identificação e caracterização da integração existente nas Unidades Locais de Saúde**.

Verificada a utilidade da integração do ponto de vista produtivo e identificados alguns resultados esperados após a integração, considera-se oportuno a identificação dos problemas existentes nas Unidades Locais de Saúde através de um questionário à gestão de topo (conselhos de administração, administradores hospitalares e diretores de serviço das Unidades Locais de Saúde) com objetivo de compreender quais as medidas já implementadas e quais os caminhos a seguir no futuro para obter melhores resultados nas unidades integradas verticalmente (Unidades Locais de Saúde).

Considerando o objetivo principal da investigação, pretende-se atingir quatro objetivos específicos, que são:

O1: Verificar se existe produção integrada nas Unidades Locais de Saúde, proporcionando retorno de eficiência produtiva.

O2: Verificar se existe produção integrada de forma a diminuir os custos de transação.

O3: Identificar de que forma as Unidades Locais de Saúde integram as suas estruturas do ponto de vista organizativo

O4: Verificar se as unidades estão integradas de forma a otimizar a prestação dos cuidados

Hipóteses

H1: As Unidades Locais de Saúde são unidades semelhantes às unidades não integradas;

H2: A divisão funcional/estrutural que existia antes da constituição da ULS, mantêm-se;

H3: A integração vertical implementada através das Unidades Locais de Saúde não apresenta benefícios pelo que existe subaproveitamento dos recursos.

No desenvolvimento da investigação empírica foi realizado um inquérito por questionário - técnica de recolha de dados utilizada. Esta técnica, é segundo Hague & Jackson (1996) *cit. in* Simões (2009, p.144) utilizada para determinar o estado atual sobre determinado assunto através de várias questões ordenadas: *“um questionário é uma lista de perguntas. (...) Através desta faculdade, torna-se o veículo para a recolha de um número de respostas que revele quantas pessoas disseram certas coisas e quantas disseram outras”*.

O questionário utilizado, foi estruturado de forma a levar a cabo um número considerável de inquéritos e que cada inquirido respondesse à mesma questão, segundo a mesma ordem, sendo necessário que as respostas sejam registadas de forma idêntica (Simões, 2009).

“O questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.” (Quivy & Campenhoudt, 2005)

O preenchimento do questionário foi realizado pelo inquirido, sendo este feito online através do envio de um *link*, divulgado através de listas de contactos eletrónicos (e-mail).

Relativamente às questões que constituem o questionário, são questões essencialmente de resposta fechada (categorias pré-definidas) numa escala de *Lickert* de 5 níveis divididas em três tipos: identificação, organização e otimização da prestação de cuidados.

Tabela 21: Estrutura do questionário

Questões (tipos)	Informação
IDENTIFICAÇÃO	Pretende identificar o inquerido e a instituição onde colabora.
ORGANIZAÇÃO	Procura conhecer a organização interna das Unidades Locais de Saúde, de forma a compreender a integração existente numa ótica organizativa – legislação, políticas internas e externas da organização.
OTIMIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	Tende a identificar as áreas integradas e a sua forma de otimização – num contexto de prestação de cuidados ao utente.

Fonte: Adaptado de Simões (2009)

Para Simões (2009) as perguntas devem apresentar lógica e estarem bem organizadas, devendo ir ao encontro dos objetivos da investigação, como se pode verificar na tabela 22.

Tabela 22: Estrutura e tipologia das questões - Questionário

I		
Objetivo	Descritivo da Questão	Tipo de Questão
O1: Verificar se existe produção integrada nas Unidades Locais de Saúde, proporcionando retorno de eficiência produtiva.	5. As equipas de trabalho são compostas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Hospitalares.	Eficiência produtiva
	6. Os serviços auxiliares (patologia clínica, nutrição, psicologia, etc.) colaboram com todas as unidades funcionais da Unidade Local de Saúde.	Eficiência produtiva
	7. Existem reuniões com os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários com os Cuidados de Saúde Hospitalares.	Eficiência produtiva Custos de Transação
	11. Existe solicitação de MCDT a entidades exteriores.	Eficiência produtiva Custos de Transação
	12. Existe consultas de telemedicina entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares.	Eficiência produtiva Custos de Transação
	7. Existem reuniões com os profissionais dos	Eficiência produtiva Custos de Transação

O2: Verificar se existe produção integrada de forma a diminuir os custos de transação.	Cuidados de Saúde Primários com os Cuidados de Saúde Hospitalares.	
	8. A Unidade Local de Saúde permitem otimizar os modelos de referenciação.	Custos de Transação
	8.1. Existem linhas orientadoras no sentido de diminuir o número de referenciações dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares.	Custos de Transação
	8.2. Existem penalizações para os profissionais que “referenciem” utentes inadvertidamente.	Custos de Transação
	9. Existe acesso ao processo clínico do doente em qualquer nível de cuidado.	Custos de Transação
	10. O modelo de requisição de MCDT tornou-se mais eficaz e eficiente com a criação da Unidade Local de Saúde.	Custos de Transação
	11. Existe solicitação de MCDT a entidades exteriores.	Eficiência produtiva Custos de Transação
	12. Existe consultas de telemedicina entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares.	Eficiência produtiva Custos de Transação
	13. As consultas de especialidade e/ou seguimento estão bem sincronizadas entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares	Custos de Transação
O3: Identificar de que forma as Unidades Locais de Saúde integram as suas estruturas do ponto de vista organizativo.	1. O modelo de Unidade Local de Saúde tem pontos fortes do ponto de vista assistencial.	Questão introdutória
	2. O enquadramento legal acerca das Unidades Locais de Saúde é explícito.	Questão introdutória
	2.1. O enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde tem benefícios em relação ao enquadramento das Unidades Hospitalares não integradas.	Questão introdutória
	3. Existe uma política de incentivos nas Unidades Locais de Saúde que estimula a integração.	Questão introdutória
	4. Os profissionais afetos conhecem as estratégias e as orientações a seguir, para cumprir	Questão introdutória

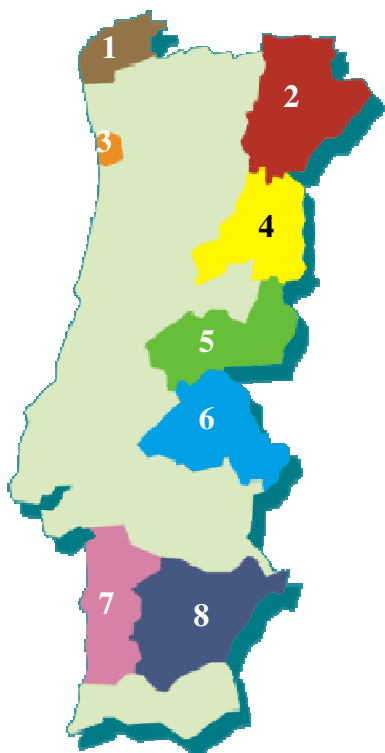
04: Verificar se as unidades estão integradas de forma a otimizar a prestação dos cuidados	uma boa integração, no âmbito da Unidade Local de Saúde em que se inserem.	
	17. Existe centralização nas áreas de apoio da Unidade Local de Saúde.	Eficiência produtiva
	17.1.Se sim, em que áreas?	
	18. Existe homogeneização dos consumos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares?	Eficiência produtiva
	19. A aquisição de artigos de consumo, medicamentos e dispositivos clínicos é realizada pela mesma entidade de compras.	Eficiência produtiva
	19.1.Esta aquisição é realizada em conjunto entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares.	Eficiência produtiva
	14. Nos Cuidados de Saúde Primários, tem existido alargamento do horário de funcionamento, para uma maior cobertura da população.	Outros fatores
	15. Nos Cuidados de Saúde Primários, existiu abertura de novas unidades ou constituição de novas Unidades de Saúde Familiares (últimos 5 anos).	Outros fatores
	16. Nos Cuidados de Saúde Primários, existiu aumento do investimento para melhorar os Cuidados de Saúde Primários e a sua relação com os hospitais.	Outros fatores
	16.1.Se sim, em que áreas foi aplicado?	

Fonte: Elaboração própria

8.4.Caraterização das instituições participantes no estudo

Como já foi referido, são oito as Unidades Locais de Saúde em funcionamento em Portugal, essencialmente concentradas no interior do país como podemos verificar na figura 28 (ERS, 2015).

Figura 28: Caraterização das Unidades Locais de Saúde em funcionamento



Fonte: Adaptado ERS (2015)

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., foi constituída pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, integrado o Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo, abrangendo uma área geográfica de 2.213 km² e populacional de 251.676 habitantes. A ULS do Alto Minho, tem como

resposta 445 camas distribuídas pelos Hospitais de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima.

2- Unidade Local de Saúde do Nordeste

A Unidade Local de Saúde do Nordeste foi constituída pelo Decreto-Lei nº67/2011 integrando o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E. (CHNE), e do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás -os -Montes I — Nordeste (ACES Nordeste), incluindo assim a totalidade do distrito de Bragança e o município de Vila Nova de Foz Côa (do distrito da Guarda).

3- Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Constituída pelo Decreto-Lei nº 207/99 de 09 de junho de 1999, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E., abrange uma área populacional de 175 478 habitantes, numa abrangência de 63,2 km² com uma resposta de 348 camas.

Estrategicamente a Unidade Local de Saúde de Matosinhos tem como missão “*identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência. Prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes.*”

4- Unidade Local de Saúde da Guarda

A Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., foi criada pela Decreto-Lei nº183/2008 de 4 de setembro, abrangendo aproximadamente 160 000 habitantes num total de 4 930,5 km² e integrando doze centros de saúde do distrito da Guarda, uma Unidade de Saúde Familiar, dois hospitais e duas tipologias de Cuidados Continuados.

5- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, E. P. E., tem como principal objetivo a integração dos Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares, mas também dos Cuidados Continuados e Paliativos, da Emergência pré-hospitalar e da rede de Urgências, respeitando e percebendo que o utente é um ser holístico visando a sua centralização no centro do sistema. A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco integra o Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde: Castelo Branco; Idanha -a -Nova; Penamacor; Vila Velha de Ródão; Oleiros; Proença -a -Nova; Sertão; Vila de Rei com 85 Extensões de Saúde.

6- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE foi criada 1 de Março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007), como entidade que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre, pertencendo à sua área de influência todos os concelhos do distrito de Portalegre: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

7- Unidade Local de Saúde do Litoral alentejano

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE – ULSLA, E.P.E. - foi criada pelo Decreto-Lei nº 238/2012 de 21 de Outubro, por integração do Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E. e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

8- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., foi constituída por integração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E. P. E., e dos centros de saúde do distrito de Beja,

com exceção do centro de saúde de Odemira com um capital estatutário do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E. P. E., com uma dotação em numerário de (euro) 3 538 000.

8.5.Resultados

O questionário realizado foi enviado para as várias Unidades Locais de Saúde existentes em Portugal através de correio eletrónico, visando inquirir exclusivamente gestores de topo (Conselhos de Administração, Administradores Hospitalares e Diretores de Serviço). Como tal, foi solicitado o preenchimento do questionário a todas as Unidades Locais de Saúde durante o mês de julho e esteve disponível *online* no período de dois meses (julho e agosto de 2015).

Apesar dos principais destinatários do questionário serem gestores de topo e ter sido dada essa indicação aquando a sua divulgação, verificou-se no final que o questionário tinha sido respondido não só por gestores de topo, mas também por outros profissionais (enfermeiros, médicos, técnicos, etc). As respostas de outros profissionais ocorreram essencialmente na Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Optaram-se por validar estas respostas devido à sua significância para a investigação, visto que em algumas questões existe necessidade de uma análise mais aprofundada devido ao conteúdo da questão ou até à distribuição da resposta da gestão de topo, podendo-se assim comparar a perceção destes profissionais em relação aos “gestores de topo”.

Tabela 23: Distribuição das respostas por ULS

Unidade Local de Saúde	Grupo profissional	F
Alto Minho	Gestão de topo	7
	Restantes profissionais	49
Castelo Branco	Gestão de topo	1
	Restantes profissionais	0
Litoral Alentejano	Gestão de topo	2
	Restantes profissionais	0
Matosinhos	Gestão de topo	7
	Restantes profissionais	1
Nordeste	Gestão de topo	1
	Restantes profissionais	0

Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na tabela 23, a amostra conseguida é bastante heterogénea, pois esperava-se uma taxa de resposta em cada ULS de 10 a 15 gestores de topo onde o máximo conseguido foi de 7 gestores e algumas ULS's não se conseguiu obter respostas (ULS Norte Alentejano: ULS Baixo Alentejo e ULS Guarda).

Deste modo, a análise realizada assenta essencialmente nas opiniões da gestão de topo e, em casos mais concretos, onde é necessário uma análise mais específica devido ao conteúdo/natureza da questão ou para analisar a distribuição da resposta, são abordadas outras comparações, que podem ser:

- Relacionar todas as Unidades Locais de Saúde;
- De entre a ULS Alto Minho, relacionar os “gestores de topo” com os “restantes profissionais”;
- Comparar resultados (gestão de topo) da ULS Matosinhos em comparação com as restantes ULS's.¹¹

Q.1. O modelo de Unidade Local de Saúde tem pontos fortes do ponto de vista assistencial

Relativamente à questão que incide sobre os pontos fortes do ponto de vista assistencial do modelo de Unidade Local de Saúde foram obtidas respostas bastante concordantes dos órgãos de gestão de topo, não existindo qualquer resposta em sentido discordante (abaixo de 2). De salientar que 44,4% dos inquiridos responderam “concordo totalmente”, 38,9% “concordo” e apenas 16,7% dos inquiridos não concordaram nem discordaram com a afirmação realizada. Desta forma conclui-se que do ponto de vista assistencial existem **pontos fortes reconhecidos pelos órgãos de gestão de topo.**

Tabela 24: O modelo de Unidade Local de Saúde tem pontos fortes do ponto de vista assistencial

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
3	3	16,7 %	16,7
4	7	38,9 %	55,6
5	8	44,4 %	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

¹¹ ULS Matosinhos foi constituída em 1999 – Tem aproximadamente 16 anos de funcionamento com modelo integrado;

Q.2. O enquadramento legal acerca das Unidades Locais de Saúde é explícito.

Analisando as respostas à questão sobre o enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde, concluiu-se que ao nível da gestão de topo as respostas não são unânimes pois 44,4% dos inquiridos expressam incerteza na sua opinião (3) enquanto 44,5 % dos inquiridos incidiu sobre a resposta concordância e 11,1% de discordância. Pode-se assim verificar que não está claro para uma percentagem significativa de gestores de **topo que o enquadramento legal das ULS seja completamente explícito.**

Tabela 25: Enquadramento Legal das ULS's

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	2	11,1	11,1
3,0	8	44,4	55,6
4,0	1	5,6	61,1
5,0	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.2.1. O enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde tem benefícios em relação ao enquadramento das Unidades Hospitalares não integradas.

Relativamente à questão dos benefícios do enquadramento legal nas Unidades Hospitalares integradas e nas Unidades não integradas, a gestão de topo inquirida apresenta respostas **não unânimes**, uma vez que 11,1% dos inquiridos discorda dos benefícios do enquadramento legal para as ULS's, 27,8% dos inquiridos não tem ainda uma opinião definida em relação ao assunto, mas 61,1% dos inquiridos concorda (respondendo 4 e 5).

Tabela 26: Enquadramento Legal das ULS's em relação ao enquadramento das Unidades Hospitalares não integradas

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	1	5,6	11,1
3,0	5	27,8	38,9
4,0	4	22,2	61,1
5,0	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.3. Existe uma política de incentivos nas Unidades Locais de Saúde que estimula a integração.

Sob o ponto de vista da existência de uma política de incentivos nas Unidades Locais de Saúde que visa estimular a integração, a gestão de topo considera que **não existe este tipo de incentivos**, uma vez que a maioria das respostas aponta para o “discordo totalmente” e “discordo”, com uma percentagem de 66,6%. Não se verificando respostas de “concordo totalmente”, perfazendo um total de apenas 11,1% dos inquiridos com respostas concordantes e 22,2% de inquiridos sem opinião ainda bem definida.

Tabela 27: Política de incentivos para estimular a integração

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	4	22,2	22,2
2,0	8	44,4	66,7
3,0	4	22,2	88,9
4,0	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.4. Os profissionais afetos conhecem as estratégias e as orientações a seguir, para cumprir uma boa integração, no âmbito da Unidade Local de Saúde em que se inserem.

Em resposta à questão 4, relativamente às estratégias e as orientações a seguir para cumprir uma boa integração no âmbito da Unidade Local de Saúde em que se inserem, verificou-se uma grande percentagem de inquiridos com incerteza em relação à afirmação, respondendo 33,3% no “3”. Pode-se assim verificar que as **respostas não são unânimes** neste aspeto, embora se verifique que 44,5% dos inquiridos considera que os profissionais conhecem as estratégias e orientações a seguir, de forma a cumprirem uma boa integração.

Tabela 28: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	3	16,7	22,2
3,0	6	33,3	55,6
4,0	7	38,9	94,4
5,0	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Note-se que, aproximadamente 22% dos inquiridos têm opinião contrária, mostrando assim que ainda não existe definido em todas as ULS estratégias e orientações a seguir. Essa divergência entre as opiniões das diversas ULS's pode-se verificar na tabela seguinte onde a ULS Matosinhos apresenta maior concordância a este nível.

Tabela 29: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração – comparação entre ULS's

ULS	Resposta (1 a 5)	Frequência	Porcentagem	Porcentagens acumuladas
Alto Minho	2,0	2	28,6	28,6
	3,0	3	42,9	71,4
	4,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	
Castelo Branco	1,0	1	100,0	100,0
Litoral Alentejano	2,0	1	50,0	50,0
	3,0	1	50,0	100,0
	Total	2	100,0	
Matosinhos	3,0	2	28,6	28,6
	4,0	4	57,1	85,7
	5,0	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Nordeste	4,0	1	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Analisando as respostas recolhidas pelos órgãos de gestão de topo, pode-se constatar que de entre as ULS estudadas, a mais “experiente” (ULS Matosinhos) apresenta 71,4% de inquiridos a concordar que os profissionais afetos conhecem as estratégias e as orientações a seguir para cumprir uma boa integração. Contrariamente as restantes ULS ainda tem alguma incerteza em relação a esta questão apresentando discordância em 36,4% dos inquiridos e somente 27,3% de inquiridos concordam.

Desta forma conclui-se que, a ULS de Matosinhos detém no que concerne ao reconhecimento dos profissionais relativamente às estratégias e orientações que devem seguir, um ponto de vista divergente das restantes ULS.

Tabela 30: Estratégias e orientação para cumprir uma boa integração - Comparação com ULS Matosinhos

ULS	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Matosinhos	3,0	2	28,6	28,6
	4,0	4	57,1	85,7
	5,0	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Outra que não Matosinhos	1,0	1	9,1	9,1
	2,0	3	27,3	36,4
	3,0	4	36,4	72,7
	4,0	3	27,3	100,0
	Total	11	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.5. As equipas de trabalho são compostas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Hospitalares.

No que pressupõe à constituição das equipas, os órgãos de gestão de topo consideram, na sua maioria (66,7%), que as equipas são formadas por profissionais quer de cuidados de saúde primários, quer de cuidados de saúde hospitalares.

Desta forma, pode-se concluir que a multidisciplinaridade é um fator que se tem considerado na constituição das equipas em contexto de ULS.

Tabela 31: Estrutura das equipas de trabalho

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	3	16,7	22,3
3,0	2	11,1	33,4
4,0	9	50,0	83,4
5,0	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

De modo a aprofundar mais esta questão, apresentar-se-á seguidamente uma tabela com as respostas da gestão de topo e dos restantes profissionais da ULS Alto Minho, onde se pretende identificar se existe resposta unânimes a este aspeto.

Como se pode verificar existe divergência entre os profissionais dentro da mesma ULS, ou seja a gestão de topo tem opinião discordante entre si mas concordam em 57,2% na multidisciplinaridade das equipas enquanto os restantes profissionais também discordam entre si mas incidem na discordância nesta afirmação em 53,1% dos inquiridos. Com isto, podemos especular que o que está planeado ainda poderá não estar implementado na totalidade.

Tabela 32: Estrutura das equipas de trabalho – comparação entre profissionais da ULS Alto Minho

Comparação	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Restantes profissionais	1,0	9	18,4	18,4
	2,0	17	34,7	53,1
	3,0	10	20,4	73,5
	4,0	6	12,2	85,7
	5,0	7	14,3	100,0
	Total	49	100,0	
Gestão de Topo	1,0	1	14,3	14,3
	2,0	1	14,3	28,6
	3,0	1	14,3	42,9
	4,0	2	28,6	71,4
	5,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	

Fonte: Elaboração própria

De outra forma, podemos analisar a ULS Matosinhos em relação às restantes ULS's para verificar este fator de multidisciplinaridade das equipas. Consegue-se identificar através de todas as respostas que a ULS Matosinhos considera que as equipas são mais multidisciplinares (71,4% de inquiridos da gestão de topo da ULS Matosinhos concorda com a afirmação), onde nas restantes ULS's também 63,7% “concordam” ou “concordam plenamente”. Por outro lado, podemos analisar as respostas “1” e “2” da ULS Matosinhos com as restantes ULS's. Assim, podemos verificar que na ULS Matosinhos a gestão de topo **discorda somente com a afirmação em 14,3%** e nas restantes ULS's as opiniões que **discordam com a existência de equipas multidisciplinares são de 28,3%** inquiridos.

Tabela 33: Estrutura das equipas de trabalho – comparação com ULS Matosinhos

Comparação	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Matosinhos	2,0	1	14,3	14,3
	3,0	1	14,3	28,6
	4,0	4	57,1	85,7
	5,0	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Outra que não Matosinhos	1,0	1	9,1	9,1
	2,0	2	18,2	27,3
	3,0	1	9,1	36,4
	4,0	5	45,5	81,8
	5,0	2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.6. Os serviços auxiliares (patologia clinica, nutrição, psicologia, etc) colaboram com todas as áreas funcionais da Unidade Local de Saúde.

Neste âmbito, a gestão de topo considera que existe colaboração dos serviços auxiliares com todas as áreas funcionais da ULS, de modo que 83,4% dos inquiridos foram concordantes com esta afirmação.

Considera-se assim que não existe discordância neste aspeto, colaborando os serviços auxiliares com todas as áreas funcionais das ULS.

Tabela 34: Colaboração das equipas com as várias unidades funcionais

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
3,0	3	16,7	16,7
4,0	5	27,8	44,5
5,0	10	55,6	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Aprofundando a nossa análise e de forma a averiguar a concordância de opiniões da gestão de topo com os restantes profissionais, analisar-se-á agora as respostas dos profissionais com base nas respostas da ULS Alto Minho.

Pode-se verificar que 32,6% dos inquiridos discordam com a afirmação e 34,7% ainda não tem opinião definida ou estão com dúvidas. Deste modo, podemos verificar que embora existam respostas unânimes na gestão de topo da ULS, existe divergência de opiniões entre os profissionais (gestão de topo e os restantes profissionais).

Tabela 35: Colaboração das equipas com as várias unidades funcionais - comparação entre profissionais da ULS Alto Minho

Comparação	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Restantes profissionais	1,0	6	12,2	12,2
	2,0	10	20,4	32,7
	3,0	17	34,7	67,3
	4,0	11	22,4	89,8
	5,0	5	10,2	100,0
	Total	49	100,0	
Gestão de Topo	3,0	2	28,6	28,6
	4,0	3	42,9	71,4
	5,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.7. Existem reuniões frequentes entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares.

Relativamente à frequência da ocorrência de reuniões entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares, foi perceptível, por parte da gestão de topo que existe alguma incerteza sobre a periodicidade com que as mesmas são realizadas, não as considerando frequentes, pois 38,9% das respostas apontaram para a incerteza, respondendo “3”. Porém, consideram que a periodicidade é mais frequente que esporádica, uma vez que cerca de 38,9% formam concordantes com a afirmação e apenas 22,3% foram discordantes.

No entanto existe alguma discrepância entre as respostas, verificando-se assim alguma incerteza sobre a adequação da frequência das reuniões entre as duas tipologias de cuidados de saúde.

Tabela 36: Periodicidade das reuniões

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	3	16,7	22,3
3,0	7	38,9	61,2
4,0	5	27,8	89,0
5,0	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.8. A Unidade Local de Saúde permitem otimizar os modelos de referenciação.

Relativamente à otimização dos modelos de referenciação, as ULS, segundo os órgãos de gestão de topo, tem uma otimização dos modelos de referenciação considerada aceitável, uma vez que existem cerca de 66,6% de respostas concordantes e apenas 11,1% discordantes. Ainda existe alguma incerteza em relação à otimização (22,2% da opinião dos inquiridos), os quais possivelmente consideram que existem pontos a melhorar de forma a atingir uma melhor otimização da referenciação.

Tabela 37: Otimização dos modelos de referenciação

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	2	11,1	11,1
3,0	4	22,2	33,3
4,0	6	33,3	66,6
5,0	6	33,3	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.8.1. Existem linhas orientadoras no sentido de diminuir o número de "referenciações" dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares.

De acordo com a perspetiva dos órgãos de topo, a maioria das respostas, cerca de 55,5%, tende a ter alguma incerteza sobre a questão da redução das referenciações dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares. Contudo, cerca de 33,3% das respostas concordam que existem linhas orientadoras para uma diminuição das referenciações.

No entanto, 11,2% das opiniões acreditam que ainda há um caminho a percorrer e aspetos a melhorar no sentido de reduzir o número de referenciações neste tipo de cuidados de saúde.

Do lado oposto, existe 33,3% que considera existir linhas orientadoras para uma diminuição das referências dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares.

Tabela 38: Linhas orientadoras para a referência

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	1	5,6	11,2
3,0	10	55,6	66,8
4,0	4	22,2	89,0
5,0	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.8.2. Existem penalizações para os profissionais que “referenciem” utentes inadvertidamente.

Com base nas respostas adquiridas, segundo a Gestão de Topo das Unidades Locais de Saúde inquiridas, não existem penalizações para os profissionais que referenciem utentes inadvertidamente, sendo que 88,8% dos inquiridos discordam com a afirmação acima. Verifica-se, desta forma, um ponto negativo, uma vez que poderá existir o risco de continuidade deste tipo de referência. Neste ponto, podemos verificar que existindo orientações para diminuir as referências mas não existindo penalizações para quem referencia, torna-se difícil a gestão deste problema.

Tabela 39: Penalizações – referência inadvertida

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	9	50,0	50,0
2,0	6	33,3	83,3
3,0	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.9. Existe acesso ao processo clínico do doente em qualquer nível de cuidado.

Em relação ao acesso do processo clínico do doente em qualquer nível de cuidado, os órgãos de gestão de topo consideram que existe acesso (cerca de 66,6% das respostas concordantes), o que significa que maioritariamente existe uma partilha da informação clínica nos diversos níveis de cuidados, o que facilita a continuidade dos cuidados, não existindo uma centralização apenas num

dos níveis de cuidados. No entanto, verifica-se que 16,7% de gestores não reconhecem existir acesso ao processo clínico do doente em qualquer nível de cuidado, sendo que consideram assim, que ainda não existe uma partilha da informação clínica global e adequada.

Tabela 40: Acesso ao processo clínico

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	3	16,7	16,7
3,0	3	16,7	33,4
4,0	4	22,2	55,6
5,0	8	44,4	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

De forma a analisar se a resposta é unanime nos vários profissionais, apresenta-se a tabela abaixo com a relação entre a gestão de topo e os restantes profissionais da ULS Alto Minho. Como tal, verifica-se que em ambos os tipos de profissionais a sua concordância com a afirmação aproxima-se de 50% e os inquiridos ainda indecisos ou sem opinião formada aproximam-se de 30%.

Tabela 41: Acesso ao processo clínico -comparação entre profissionais da ULS Alto Minho

Comparação	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Restantes profissionais	1,0	5	10,2	10,2
	2,0	3	6,1	16,3
	3,0	17	34,7	51,0
	4,0	16	32,7	83,7
	5,0	8	16,3	100,0
	Total	49	100,0	
Gestão de Topo	2,0	1	14,3	14,3
	3,0	2	28,6	42,9
	4,0	1	14,3	57,1
	5,0	3	42,9	100,0
	Total	7	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 42, apresenta-se a comparação entre as opiniões da gestão de topo da ULS Matosinhos e das restantes ULS. Pode-se verificar que a ULS Matosinhos apresenta 85,7%

opiniões concordantes (4 e 5) enquanto as restantes ULS's somente concordam com a afirmação em 54,6%.

Tabela 42: Acesso ao processo clínico – comparação com a ULS Matosinhos

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Matosinhos	3,0	1	14,3	14,3
	4,0	2	28,6	42,9
	5,0	4	57,1	100,0
	Total	7	100,0	
Outra que não Matosinhos	2,0	3	27,3	27,3
	3,0	2	18,2	45,5
	4,0	2	18,2	63,6
	5,0	4	36,4	100,0
	Total	11	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tendo em consideração todas as respostas analisadas, pode verificar-se que de entre as ULS estudadas, a ULS Matosinhos, afirma em cerca de 85,7% que existe acesso por parte dos vários níveis de cuidados, destacando-se desta forma uma partilha de informação que influenciará sem dúvida a continuidade dos cuidados prestados. Em contrapartida, pelas respostas alcançadas esta realidade ainda não é verificada em todas as ULS, uma vez que foram verificadas algumas respostas discordantes, o que leva a crer que existe ainda uma necessidade na partilha do acesso clínico a todos os níveis de cuidados.

Tabela 43: Acesso ao processo clínico – comparação entre ULS's

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Alto Minho	2,0	1	14,3	14,3
	3,0	2	28,6	42,9
	4,0	1	14,3	57,2
	5,0	3	42,9	100,0
	Total	7	100,0	
Castelo Branco	2,0	1	100,0	100,0
Litoral Alentejano	2,0	1	50,0	50,0
	5,0	1	50,0	100,0
	Total	2	100,0	
Matosinhos	3,0	1	14,3	14,3
	4,0	2	28,6	42,7
	5,0	4	57,1	100,0
	Total	7	100,0	
Nordeste	4,0	1	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.10. O modelo de requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) tornou-se mais eficiente com a criação da Unidade Local de Saúde.

O modelo de requisição de MCDT tornou-se mais eficiente com a criação da Unidade Local de Saúde segundo o ponto de vista dos órgãos de gestão de topo, onde 66,6% de respostas são concordantes.

Tabela 44: Eficiência na requisição de MCDT's

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	3	16,7	16,7
3,0	3	16,7	33,4
4,0	6	33,3	66,7
5,0	6	33,3	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Com base em todas as respostas recolhidas, verificou-se que os gestores da ULS Alto Minho ainda discordam com a eficiência do modelo de requisição de MCDT com cerca de 42,9% de respostas discordantes. Comparativamente às restantes ULS estudadas, nenhuma demonstrou respostas discordantes face à afirmação, o que significa que com a criação das ULS o modelo de requisição de MCDT tem vindo a **mostrar-se mais eficiente**.

Tabela 45: Eficiência na requisição de MCDT's – Comparação entre ULS's

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Alto Minho	2,0	3	42,9	42,9
	3,0	1	14,3	14,3
	4,0	2	28,6	28,6
	5,0	1	14,3	14,3
	Total	7	100,0	100,0
Castelo Branco	5,0	1	100,0	100,0
Litoral Alentejano	3,0	1	50,0	50,0
	4,0	1	50,0	50,0
	Total	2	100,0	100,0
Matosinhos	3,0	1	14,3	14,3
	4,0	2	28,6	28,6
	5,0	4	57,1	57,1
	Total	7	100,0	100,0
Nordeste	4,0	1	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.11. Existe solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) a entidades exteriores.

Face à solicitação de MCDT a entidades exteriores, os órgãos de gestão de topo consideram que ainda existe necessidade de recurso ao exterior a fim de solicitar MCDT, com cerca de 33,4% de respostas afirmativas (4 e 5). No entanto 27,8% das respostas demonstram uma integração positiva dos MCDT nas ULS, uma vez que discordam com a afirmação, insinuando que não se verifica a necessidade de contratar exames a nível externo (1 e 2). Contudo, a maioria das respostas demonstram ainda alguma incerteza nesta questão, destacando-se a resposta “3” com 38,9% das respostas, o que reflete que existe necessidade de apostar mais na integração dos MCDT nas ULS’s.

Tabela 46: Solicitação de MCDT’s a entidades exteriores

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	4	22,2	22,2
3,0	7	38,9	38,9
4,0	1	5,6	5,6
5,0	5	27,8	27,8
Total	18	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.12. Existe consultas de telemedicina entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares.

No que respeita a existência de consultas de telemedicina entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares, os órgãos de gestão de topo ainda reconhecem alguma incerteza sobre o assunto, com 44,4% da opinião dos inquiridos. No entanto verifica-se, excluindo as respostas no valor 3 (respostas que podem apresentar dúvida/incerteza), mais respostas concordantes (33,3%), que discordantes (22,2%) o que pode significar que existem ULS’s onde se efetuam consultas de telemedicina entre estas duas tipologias de cuidados.

Tabela 47: Consultas de Telemedicina

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	2	11,1	11,1
2,0	2	11,1	11,1
3,0	8	44,4	44,4
4,0	2	11,1	11,1
5,0	4	22,2	22,2
Total	18	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 48, apresenta-se a comparação dos vários profissionais inquiridos da ULS Alto Minho de forma a compreender a concordância dos profissionais dentro da referida ULS. Deste modo, verifica-se uma grande discordância entre as categorias profissionais, ou seja, a gestão de topo defende em 71,4% a existência de telemedicina enquanto os restantes profissionais discordam com a afirmação em 83,7%.

Tabela 48: Solicitação de MCDT's a entidades exteriores - comparação entre profissionais da ULS Alto Minho

Comparação	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Restantes profissionais	1,0	32	65,3	65,3
	2,0	9	18,4	83,7
	3,0	5	10,2	93,9
	4,0	2	4,1	98,0
	5,0	1	2,0	100,0
	Total	49	100,0	
Gestão de Topo	1,0	2	28,6	28,6
	3,0	3	42,9	71,4
	5,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	

Fonte: Elaboração própria

De forma a avaliar se o tempo de implementação da organização (anos de existência) influencia os bons resultados na implementação de telemedicina, apresenta-se a tabela 49, onde claramente se pode confirmar que a gestão de topo da ULS Matosinhos, embora ainda com alguma incerteza, concorda com a afirmação e nas restantes ULS's ainda existe 36,4% das opiniões a discordar e 36,4% com incerteza.

Tabela 49: Solicitação de MCDT's a entidades exteriores – comparação com ULS Matosinhos

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Matosinhos	3,0	4	57,1	57,1
	4,0	1	14,3	71,4
	5,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	
Outra que não Matosinhos	1,0	2	18,2	18,2
	2,0	2	18,2	36,4
	3,0	4	36,4	72,7
	4,0	1	9,1	81,8
	5,0	2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.13. As consultas de especialidade e/ou seguimento estão bem sincronizadas entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares

Relativamente a esta questão, os gestores de topo dividem-se de igual forma entre os que não tem uma opinião formada (não concordam nem discordam - posicionando a sua resposta em 3) e os que tem opinião formada sobre o assunto, sendo que estes últimos dividem-se quase de igual forma entre concordo (27.8%) e discordo (22.2%). Do exposto podemos **concluir que ainda há trabalho a realizar** para que a sincronização esteja a funcionar em pleno.

Tabela 50: Sincronização das consultas entre diferentes tipos de cuidados

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	4	22,2	22,2
3,0	9	50,0	72,2
4,0	3	16,7	88,9
5,0	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Aprofundando a análise realizada, comparando-se as diferentes ULS conclui-se que quer a ULS Alto Minho, quer a ULS Litoral Alentejano discordam que existe boa sincronização nas consultas de especialidade/seguimento entre os diferentes tipos de cuidados, uma vez que apresentam percentagens consideráveis abaixo do nível 3. Do lado oposto, as ULS Castelo Branco e ULS Matosinhos destacam-se pela positiva, mostrando assim que em diversas ULS já existem resultados benéficos com a integração.

Tabela 51: Sincronização das consultas entre diferentes tipos de cuidados – comparação entre ULS's

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Alto Minho	2,0	2	28,6	28,6
	3,0	4	57,1	85,7
	4,0	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Castelo Branco	5,0	1	100,0	100,0
Litoral Alentejano	2,0	2	100,0	100,0
Matosinhos	3,0	4	57,1	57,1
	4,0	2	28,6	85,7
	5,0	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Nordeste	3,0	1	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.14. Nos Cuidados de Saúde Primários, tem existido alargamento do horário de funcionamento, para uma maior cobertura da população.

Os órgãos de gestão de topo apresentam alguma divergência de opiniões entre si, no que respeita ao alargamento do horário de funcionamento com finalidade de uma maior cobertura da população no que concerne aos Cuidados de Saúde Primários, pois as respostas vão desde o discordo completamente até ao concordo totalmente com percentagens muito semelhantes, aproximando os 20% em todas as opções de resposta.

Tabela 52: Alargamento do horário dos Cuidados de Saúde Primários

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	5	27,8	33,4
3,0	4	22,2	55,6
4,0	5	27,8	83,4
5,0	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.15. Nos Cuidados de Saúde Primários, existiu abertura de novas unidades ou constituição de novas Unidades de Saúde Familiares (últimos 5 anos).

Relativamente à abertura/constituição de novas Unidades de Saúde Familiares nos últimos cinco anos, os órgãos de gestão de topo foram resolutos, uma vez que 61,1% das respostas foram concordantes com a afirmação, existindo apenas 22,2% não concordantes. O que significa que nos últimos cinco anos podem ter existido reestruturações ao nível dos Cuidados de Saúde Primários na maioria das ULS's.

Tabela 53: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	2	11,1	11,1
2,0	2	11,1	22,2
3,0	3	16,7	38,9
4,0	2	11,1	50,0
5,0	9	50,0	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

De forma a retirar mais suposições acerca das Unidades de Saúde Familiares em contexto de ULS's, podemos verificar que na ULS Alto Minho no global de todas as opiniões ("gestão de topo" e "restantes profissionais") não existe opinião unanime entre os diferentes profissionais na ULS. Contudo, as respostas aproximam-se da concordância com concordo totalmente em 57,1% de opiniões da gestão de topo e a mesma percentagem para os restantes profissionais com concordo e concordo totalmente.

Tabela 54: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários - comparação entre profissionais da ULS Alto

Comparação	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Restantes profissionais	1,0	4	8,2
	2,0	6	20,4
	3,0	11	42,9
	4,0	15	73,5
	5,0	13	100,0
	Total	49	
Gestão de Topo	2,0	1	14,3
	3,0	2	42,9
	5,0	4	100,0
	Total	7	

Minho

Fonte: Elaboração própria

Por último, apresenta-se a tabela 55, com a análise da ULS Matosinhos em comparação às restantes ULS's (opiniões da gestão de topo). Desta forma, consegue-se verificar que a ULS Matosinhos, talvez por ser uma ULS em funções há mais anos, apresenta opiniões unanimes e de concordância em relação à constituição de novas Unidades de Saúde Familiares (USF/CSP).

Tabela 55: Abertura de novas unidades nos Cuidados de Saúde Primários – comparação com ULS Matosinhos

Comparação	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Matosinhos	4,0	2	28,6
	5,0	5	100,0
	Total	7	
Outra que não Matosinhos	1,0	2	18,2
	2,0	2	36,4
	3,0	3	63,6
	5,0	4	100,0
	Total	11	

Fonte: Elaboração própria

Q.16. Nos Cuidados de Saúde Primários existiu aumento do investimento, com objetivo de melhorar a prestação dos cuidados.

Em análise ao investimento nos Cuidados de Saúde Primários, considera-se que tem existido um aumento, uma vez que 55,5% das respostas foram concordantes com a afirmação. De qualquer forma, é necessário considerar que 33,3% ainda discorda que existiu algum tipo de investimento.

Tabela 56: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	6	33,3	33,3
3,0	2	11,1	44,4
4,0	4	22,2	66,6
5,0	6	33,3	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Pode-se, através da tabela 57, verificar a existência de investimento nesta área da ULS de Matosinhos e na ULS Alto Minho¹², sendo que se destaca pela negativa a este âmbito: a ULS Castelo Branco e a ULS Litoral Alentejano.

Tabela 57: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários – comparação entre ULS's

Comparação (ULS)	Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
Alto Minho	2,0	2	28,6	28,6
	3,0	1	14,3	42,9
	4,0	2	28,6	71,5
	5,0	2	28,6	100,0
	Total	7	100,0	
Castelo Branco	2,0	1	100,0	100,0
Litoral Alentejano	2,0	2	100,0	100,0
Matosinhos	2,0	1	14,3	14,3
	4,0	2	28,6	42,9
	5,0	4	57,1	100,0
	Total	7	100,0	
Nordeste	3,0	1	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

¹² Na ULS Alto Minho as respostas não são unânimes a este aspeto.

Q.16.1. Se sim, em que áreas foi aplicado?

Na questão anterior, verificou-se que a ULS Matosinhos e a ULS do Alto Minho concordam com o aumento do investimento para melhorar a prestação de cuidados nos Cuidados de Saúde Primários. Como tal, apresenta-se na tabela abaixo as áreas que sofreram investimento, considerando apenas as opiniões dos inquiridos que responderam concordo (4) ou concordo totalmente (5).

Tabela 58: Aumento do investimento nos Cuidados de Saúde Primários – áreas de aplicação

ULS	Resposta	Frequência	Percentagem
Alto Minho	(Não referem quais)	2	50,0
	Criação de Novas infraestruturas	1	25,0
	Remodelação	1	25,0
	Total	4	100,0
Matosinhos	(Não referem quais)	2	33,3
	Criação de Novas infraestruturas	1	16,7
	Remodelação e Aquisição de Equipamentos	2	33,3
	Aquisição de Equipamentos	1	16,7
	Total	6	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.17. Existe centralização nas áreas de apoio da Unidade Local de Saúde.

Relativamente à centralização das áreas de apoio da Unidade Local de Saúde, verificou-se globalmente existe centralização, pois com base nas respostas adquiridas, 72,2% de inquiridos concordam e apenas 5,6% dos inquiridos discordam.

Tabela 59: Centralização das áreas de apoio

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
2,0	1	5,6	5,6
3,0	4	22,2	27,8
4,0	6	33,3	61,1
5,0	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.17.1. Se sim, em que áreas foi aplicado?

Considerando as opiniões dos gestores de topo que responderam concordante com a afirmação acima (Existe centralização nas áreas de apoio da Unidade Local de Saúde) e dos que identificaram as principais áreas centralizadas, pode-se verificar que a centralização já foi aplicada em grande parte, essencialmente na ULS Matosinhos.

Tabela 60: Centralização das áreas de apoio – áreas de aplicação

ULS	Resposta	Frequência	Percentagem
Alto Minho	(Não referem quais)	4	66,7
	Gestão Logística; Instalações e Equipamentos; Recursos Humanos; Sistemas de Informação; Farmácia;	1	16,7
	Gestão Logística; Instalações e Equipamentos; Farmácia;	1	16,7
	Total	6	100,0
Castelo Branco	(Não referem quais)	1	100,0
Litoral Alentejano	(Não referem quais)	2	100,0
Matosinhos	(Não referem quais)	3	42,9
	Planeamento e Controlo de Gestão; Gestão Financeira; Gestão Logística; Instalações e Equipamentos; Recursos Humanos; Sistemas de Informação; Farmácia;	1	14,3
	Gestão Financeira; Gestão Logística;	1	14,3
	Gestão Financeira; Gestão Logística; Instalações e Equipamentos; Recursos Humanos; Sistemas de Informação; Farmácia; Gestão Hoteleira;	1	14,3
	Planeamento e Controlo de Gestão; Gestão Financeira; Gestão Logística; Instalações e Equipamentos; Recursos Humanos; Sistemas de Informação; Farmácia; Gestão Hoteleira;	1	14,3
	Total	7	100,0
Nordeste	Gestão Logística	1	100,0

Fonte: Elaboração própria

Q.18. Existe homogeneização dos consumos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares?

Relativamente à homogeneização dos consumos nas duas tipologias de cuidados (Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares), verificou-se com base nas respostas dos órgãos de gestão de topo, que existe uma preocupação de homogeneização nos dois tipos de cuidados, com um total de 55,5% de respostas concordantes e 27,8% de respostas discordantes, realçando assim a necessidade de melhorar esta área e uniformizar os consumos entre as diferentes unidades.

Tabela 61: Homogeneização dos consumos

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
1,0	1	5,6	5,6
2,0	4	22,2	27,8
3,0	3	16,7	44,5
4,0	8	44,4	88,9
5,0	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.19. A aquisição de artigos de consumo, medicamentos e dispositivos clínicos é realizada pela mesma entidade de compras.

Acerca da aquisição de artigos de consumo, medicamentos e dispositivos clínicos, os órgãos de gestão de topo apresentam-se concordantes entre si, validando com respostas concordantes em 88,9% que a aquisição é feita pela mesma entidade.

Tabela 62: Centralização das compras

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
3,0	2	11,1	11,1
4,0	1	5,6	16,7
5,0	15	83,3	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Q.19.1. Esta aquisição é realizada em conjunto entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares.

Por último, é questionada a integração das compras numa só central de compras conjunta entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares sendo que os órgãos de gestão de topo são mais uma vez unânimes e comprovam que a aquisição é realizada em conjunto, sendo que 77,8% das respostas estão acima de 4 considerando-se assim que concordam com a afirmação.

Tabela 63: Aquisição conjunta entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares

Resposta (1 a 5)	Frequência	Percentagem	Percentagens acumuladas
3,0	4	22,2	22,2
4,0	2	11,1	33,3
5,0	12	66,7	100,0
Total	18	100,0	

Fonte: Elaboração própria

8.6.Discussão

Pode-se constatar que a maioria dos inquiridos pertencem à ULS Matosinhos e ULS Alto Minho. As restantes ULS tiveram menos aceitabilidade ao estudo e em alguns casos não foi possível recolher opiniões.

Com este questionário consegue-se verificar que o modelo de Unidade Local de Saúde apresenta integração na produção essencialmente através do funcionamento partilhado e integrado dos serviços de apoio (patologia clínica, nutrição, psicologia, etc) com as várias unidades funcionais das Unidades Locais de Saúde.

Outro dos aspetos essenciais para uma eficiente integração vertical são os Custos de Transação. Neste caso, pode-se apresentar alguns pontos fortes relativos à produção verticalmente integrada nas Unidades Locais de Saúde:

- Existe uma otimização dos modelos de referenciação, ou seja, existe diminuição das referenciações para outras unidades de saúde, maximizando assim os recursos existentes e a capacidade instalada;

- Começa a existir facilidade na consulta do processo clínico em qualquer “fase de produção”, por outras palavras, quer seja nos Cuidados de Saúde Primários ou Cuidados de Saúde Hospitalares existe acesso atualizado ao processo clínico dos doentes;
- Tornou-se mais eficiente o processo de requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e as consultas de seguimento ou especialidade começam a ser bem sincronizadas entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares, embora ainda existir muito trabalho a desenvolver.

Do ponto de vista organizativo as Unidades Locais de Saúde integram as suas estruturas verticalmente e com isso referem que este modelo (de ULS) tem pontos fortes do ponto de vista assistencial, mas também está organizado de forma centralizada nas áreas de apoio (*backoffice*) e essencialmente na área de compras onde existe unidades centralizadas para aquisição de artigos de consumo, medicamentos e dispositivos clínicos.

Por fim, de forma a otimizar a prestação de cuidados tem existido abertura ou constituição de novas Unidades de Saúde Familiares nos últimos cinco anos assim como tem existido aumento do investimento nesta área (Cuidados de Saúde Primários) de forma a melhorar a prestação de Cuidados.

Como se tem abordado ao longo de todo o documento (ver por exemplo capítulo 7), tem existido ao longo dos últimos anos fortes críticas à constituição destas ULS. Como seria de esperar, existem algumas áreas ainda pouco trabalhadas e com resultados ainda fracassados. Em primeiro lugar, o enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde não parece ter benefícios em relação ao “modelo tradicional”. Segundo os dados recolhidos, este modelo não é explícito e ainda não existe um conhecimento por parte dos colaboradores de algumas destas Unidades Locais de Saúde no que concerne às estratégias e orientações a seguir. De outro modo, é também referido que não existem políticas de incentivos para estimular a integração vertical e não existem em todos os casos “integração” e “partilha” das equipas compostas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Hospitalares.

Por outro lado, ainda continua a existir solicitação de MCDT's ao exterior, aumentando assim o consumo destes meios a empresas privadas, desvirtuando assim o aproveitamento dos recursos existentes nas diferentes Unidades. Também a Telemedicina tem vindo a ser utilizada nos Cuidados Hospitalares (em geral) mas no caso em concreto das Unidades Locais de Saúde ainda não tem uma utilização privilegiada e aceitável como seria de prever nesta estrutura de cuidados.

Por último, ainda não existe um alargamento de horário para uma maior cobertura populacional, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Deste modo, pode-se verificar, através das opiniões recolhidas, algumas possíveis razões para os resultados (positivos e negativos) identificados pela Entidade Reguladora da Saúde (2015) relativamente a Unidades Locais de Saúde assim como os resultados consolidados com base na Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) no capítulo 6. Pode-se verificar ao nível dos Cuidados de Saúde Primários a existência de vários investimentos mas sem influenciar em concreto a Segurança do Utente, embora existam vários em estruturas e equipamentos não existe relato pela gestão de topo de investimento a este nível concreto.

Outro parâmetro importante de averiguar, são as primeiras consultas realizadas em tempo adequado que, segundo os dados recolhidos apresentam melhores resultados nas unidades não integradas. Como tal, ainda não existe na totalidade das ULS's um aumento do horário de funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários de forma a proporcionar uma resposta mais alargada aos utentes e ainda existem algumas limitações ao nível da telemedicina aumentando assim as consultas presenciais e obstruindo o acesso aos cuidados.

Durante o capítulo 6, foi realizada outra análise através da consolidação de dados retirados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), que comparativamente no distrito de Castelo Branco apresentaram a Unidade Local de Saúde com resultados pontualmente melhores do que o modelo não integrado. Assim, verifica-se que relativamente ao “reinternamento em trinta dias” começam a existir na ULS Castelo Branco alguns fatores facilitadores da boa integração:

- Boa sincronização das consultas entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares;

- Multidisciplinaridade das equipas (compostas por profissionais das várias áreas);
- Alargamento dos horários de funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários; e,
- Começa a existir a prática de telemedicina.

Perante estes fatores, podemos também apontar que o “Internamento com demora superior a 30 dias” é inferior na ULS Castelo Branco em relação ao modelo não integrado (segundo dados apresentados no Capítulo 6, pelos tópicos anteriormente descritos e pelo modelo eficiente de solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica).

Para terminar importa **verificar as hipóteses da investigação:**

H1: As Unidades Locais de Saúde são unidades semelhantes às unidades não integradas:

Considerando algumas opiniões obtidas na investigação, pode-se verificar que as ULS podem não ser semelhantes em todos os aspetos mas ainda estão muito próximas do modelo não integrado. Continua sem existir benefícios do enquadramento legal do modelo integrado perante o modelo não integrado, assim como continua sem existir incentivos à integração.

H2: A divisão funcional/estrutural que existia antes da constituição da ULS, mantém-se:

Neste caso as melhorias identificadas ocorrem na centralização de áreas de apoio por exemplo, mas estas melhorias podem estar identificadas com o modelo anterior que muitas ULS já tinham sofrido de integração horizontal (Centros Hospitalares, por exemplo). Em áreas funcionais de prestação de cuidados, existem algumas pequenas melhorias mas insuficientes ao que era de esperar com um modelo de integração vertical.

H3: A integração vertical implementada através das Unidades Locais de Saúde não apresenta benefícios pelo que existe subaproveitamento dos recursos:

Embora teoricamente o modelo integrado tenha capacidade para obter benefícios e maximizar a utilização dos recursos existentes, o que se observa é que apesar de já existirem alguns aspetos onde se verificam melhorias e resultados favoráveis às ULS's este não ocorrem na sua globalidade como seria de esperar.

Pode-se, talvez, afirmar que os aspetos que parecem mais importantes para obter resultados favoráveis nas Unidades Locais de Saúde são: o tempo e a experiência no modelo.

9. Conclusões

O atual paradigma da saúde em Portugal e os fenómenos sociais e demográficos que se têm observado nos últimos anos tem levado a uma alteração estrutural do SNS. De modo a obter ganhos em saúde, existiram várias formas de responder aos problemas socio demográficos que o país tem sofrido, onde a possível solução mais implementada nos últimos anos foram as Unidades Locais de Saúde. Contudo, as Unidades Locais de Saúde surgem com base na integração vertical entre os diversos tipos de cuidados mas sem existência (pelo menos de conhecimento público) de estudos prévios de avaliação das condições para a formação destas Unidades Locais de Saúde.

Durante os últimos 5 anos, as constatações relativas ao desempenho e capacidade produtiva das Unidades Locais de Saúde têm começado a surgir através de vários autores, os quais enumeram algumas falhas relativamente ao modelo de Unidade Local de Saúde (Integrado Verticalmente).

A investigação apresentada nesta dissertação de mestrado, foi uma das primeiras abordagens à integração vertical das Unidades Locais de Saúde, a qual no futuro pode ser uma base de investigação para outras análises mais específicas relativamente às Unidades Locais de Saúde.

Pode-se constatar que o modelo existente, embora não esteja corretamente justificado e enquadrado, pode ter sido concebido, possivelmente, com base nas barreiras de acesso aos cuidados de saúde, tentando minimizar as desigualdades existentes entre as regiões do “interior” e as zonas com maior índice de envelhecimento populacional. Independentemente das razões da constituição das ULS's e das suas localizações prioritárias, é importante afirmar que existem falhas na área da saúde propícias à eventual criação de unidades de saúde integradas verticalmente, existindo assim, com base nas análises realizadas ao longo deste documento (essencialmente no capítulo 4 e 5), fundamento económico para a integração vertical.

Considera-se que os estudos apresentados por autores independentes em dissertações de mestrado e teses de doutoramento acerca da temática, bem como os estudos da Entidade Reguladora da Saúde, enumeram diversas falhas acerca deste modelo (ULS). Como tal, de

forma a averiguar essas falhas e tentar compreender os problemas existentes nas Unidades Locais de Saúde, foi realizado um questionário aos gestores de topo dessas unidades.

Após a implementação do modelo de integração vertical, são esperadas melhorias contínuas e um aumento positivo dos resultados. Contudo, no caso em concreto das Unidades Locais de Saúde, pode-se concluir que ainda tem pouca fundamentação legal e poucas orientações organizativas de modo a obter resultados completamente diferenciados das demais estruturas de saúde não integradas. Porventura, existe vários aspetos em que se pode considerar que o modelo é favorável e que trará essencialmente pontos fortes do ponto de vista assistencial, embora existir ainda falta de investimento nos Cuidados de Saúde Primários e na utilização da Telemedicina.

Por fim, conclui-se que o tempo de experiência do modelo poderá ser um influenciador de bons resultados nas Unidades Locais de Saúde, pois existe claramente uma opinião concordante com as “boas práticas da integração” na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o que poderá apresentar o “tempo” como um fator essencial para a consolidação da integração nestas unidades.

No que se refere a limitações ao estudo, podemos mencionar a falta de colaboração de alguns gestores de topo de Unidades Locais de Saúde, que sem a sua colaboração o estudo não atingiu a totalidade das ULS's existentes em Portugal.

Deve-se referir, ainda, que a verificação de fundamentos económicos para a integração vertical em saúde, traduz, uma primeira abordagem que merecerá aprofundamentos futuros.

Para melhor enquadrar as ULS's e de forma a criar orientações diferenciadoras destas unidades integradas em comparação às unidades não integradas, deve-se no futuro estudar aprofundadamente o distrito de Castelo Branco, para uma melhor análise ao modelo de Unidade Local de Saúde. Outra das áreas de investigação a considerar no futuro, é compreender se existe alguma relação entre os resultados do modelo integrado e o tempo de gestão existente, ou seja, verificar se os gestores e o tempo de implementação destas Unidades Locais de Saúde influenciam os bons resultados.

Bibliografia

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2009. *Unidades Locais de Saúde - Modalidade de Pagamento*, Lisboa: ACSS.

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2010. ACSS. [Online] Available at: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/04_ucc.pdf [Acedido em 20 06 2015].

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2013. ACSS. [Online] Available at: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_2013_CSP.pdf [Acedido em 14 08 2015].

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2014. ACSS. [Online] Available at: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx> [Acedido em 03 06 2015].

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2014. *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, Lisboa: ACSS.

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2015. ACSS. [Online] Available at: <http://www.acss.min-saude.pt/> [Acedido em 29 08 2015].

Amendoeira, J., 2009. *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades*. Santarém: Politécnico de Santarém.

Azevedo, P. F. d., 1996. *Integração vertical e outros arranjos*. s.l., s.n., pp. 1327-1344.

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S., 2002. *O sector da Saúde em Portugal: funcionamento e caracterização sócio profissional*, Coimbra: Oficina do CES.

Barros, P. M. A., 2012. *Determinantes da Integração Vertical: uma análise de empresas Portuguesas*. s.l.:UMinho.

Barros, P. P., 2013. *Economia da Saúde*. 3ªEd ed. Lisboa: Almedina.

Barros, P. P. & Gomes, J.-P., 2002. *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: GANEC – Gabinete de Análise Económica .

Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C. & Bankausaite, V., 2004. *Health care systems in transition : Portugal*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M. & Schaefer, S., 2006. *A economia da estratégia*. 3ª ed. s.l.:Bookman Companhia .

Brickley, J. A., Smith, C. W. & Zimmerman, J. L., 2009. *Managerial economics and organizational architecture*. 5th ed ed. New York: McGraw-Hill/Irwin.

Brown, M. & McCool, B., 1986. Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, pp. 7-19.

Coase, R., 1937. The Nature of the Firm. *Economica*, Novembro, pp. 386-405.

Coleman, E. A. et al., 2002. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *International Journal of Integrated Care*, June.

Constituição da República Portuguesa, 2002. Coimbra: Almedina.

Cortez, A. C. R., 2009. *Utilização das urgências hospitalares e acesso aos cuidados de saúde primários: o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência (estudo preliminar)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Costa, C. & Santana, R., 2008. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista portuguesa de saúde pública*, 7(Organização dos cuidados de saúde).

Diário da República, 1990. *Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto*, Lisboa: DR.

Diário da República, 2008. *DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro*, Lisboa: DR.

Diário da República, 2009. *Despacho 10143/2009*, Lisboa: s.n.

DICE Database, 2008. *Bismarck versus Beveridge: A Comparison of social Insurance Systems in Europe*. Munich: Ifo institute.

Direção Geral de Saúde, 2013. *Orientação 002/2013 - Processos Assistenciais Integrados*, s.l.: DGS.

Entidade Reguladora da Saúde, 2011. *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde*, Porto: ERS.

Entidade Reguladora da Saúde, 2015. *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. Porto: ERS.

Fagundes, J., s.d. *Economia Institucional: Custos de Transação e Impactos sobre Política de Defesa da Concorrência*. s.l.:UFRJ.

Falcão, E. & Reis, V. P. d., 2003. O Hospital Público Português: da crise à renovação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, julho/dezembro, pp. 5-14.

Fan, J. P., 2000. Price uncertainty and vertical integration: an examination of petrochemical firms. *Journal of Corporate Finance*, 21 April, pp. 345-376.

Foss, N., 1993. Theories of the firm: contractual and competence perspectives”.. *Journal of Economic Behavior and Organization*, pp. 127-144.

Franke, S. F., 2004. Soziale Sicherungssysteme, Wirtschaft, Arbeitswelt und Globalisierung.

Fronmueller, M. P. & Reed, R., 1996. The competitive advantage potential of vertical. *The International Journal of Management Science*, December, p. 715–726.

Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012. *FFMS*. [Online] Available at: <https://www.ffms.pt/upload/docs/cf188adf-cdc8-496e-8fb8-8e89516aad00.pdf>

[Acedido em 27 07 2015].

Gaspar, S., 2011. *Contributo dos Gabinetes de Apoio à Gestão na Tomada de Decisão em Unidades Integradas de Cuidados de Saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Gröne , O. & Garcia-Barbero, M., 2001. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services.. *Internation Journal of Integrated Care*.

Instituto da Segurança Social, I.P., 2014. *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: ISS, IP.

Instituto Nacional de Estatística, 2015. *INE*. [Online] Available at: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=226393315&DESTAQUESmodo=2 [Acedido em 23 07 2015].

Kato, H. T. & Margarido, M. A., 2000. Economica dos custos de transação (ECT): análise do conflito das bananas. *Revista de Administração*, outubro/dezembro, pp. 13-21.

Kodner, D. & Kyriacou, C., 2000. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal Integrated Care*, 1 november.

Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C., 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. November.

Koogan Larousse Seleções, 1978. *Dicionário enciclopédico, V 1*. Brasil: Editora Larousse do Brasil.

Lawrence, P. & Lorsh, J., 1967. Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, jun, pp. 1-47.

Lobo, P. A. A. P. B., 2007. Cuidados de Saúde Diferenciados: aplicação da gestão por processos.

Lopes, H. et al., 2014. *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*, s.l.: Ministério da Saúde.

Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L., 2003. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research*, june, pp. 831-865.

Matos, I., 2013. *Análise comparativa do impacto das ULS [Unidades Locais de Saúde] e dos ACeS [Agrupamentos de Centros de Saúde] no processo de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

Miguel, L. S. & Brito de Sá, A., 2010. *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Mishra, R., 1995. *O Estado-Providência na Sociedade Capitalista*. Lisboa: Celta.

Moschandreas, M., 1994. *Business Economics*. New York: Thomson.

Neto, M. J. & Corte-Real, J., s.d. A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social.

Nolte, E. & Pitchforth, E., 2014. *What is the evidence on the economic impactes of integrated care?*, Copenhagen: World Health Organization.

Nunes, C. et al., 2012. *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*, Lisboa: Ministério da Saúde.

OPSS, 2010. *Relatório Primavera*, Lisboa: OPSS.

OPSS, 2011. *Relatório Primavera 2011*. Lisboa: OPSS.

Ordem dos Enfermeiros, 2009. *OE*. [Online]
Available at: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
[Acedido em 02 06 2015].

Parker, V., Charns, M. & Young, G., 2001. Clinical Service Lines in Integrated Delivery Systems: An Initial Framework and Exploration. *Journal of Healthcare Management*, july, pp. 261-275.

Perry, M. K., 1989. Vertical integration: Determinants and effects. Em: *Handbook of Industrial Organization*. Amsterdam: North Holland, pp. 185-255.

Ponte, L. S., 2012. Bismarck y Beveridge, modelos para una sanidade en construcción. *Medical Economics*, Issue Medical/Economics.

Pordata, 2001. *Pordata*. [Online]
Available at: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
[Acedido em 03 08 2015].

Porter, M., 1997. *Estratégia Competitiva: Técnicas para a análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro: Campus.

Potter, . P. & Perry, A., 2006. *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. 5ªed ed. Loures: Lusociência.

Queiroz, R. V. d. & Queiroz, A. E. F. S. d., 2006. *Integração Vertical versus Terceirização: análise da viabilidade em um estudo de caso na indústria moveleira*. Fortaleza: s.n.

Quivy, R. & Campenhoudt, L., 2005. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª ed. Lisboa: Gradiva.

Reis, F., 2014. *Plano Individual de Intervenção – proposta para uniformização nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Ribeiro, K. C. d. S., 2002. A economia dos custos de transação na gestão económica-financeira do caixa das organizações. *XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 23 10.

Rocha, M. M. d., 2002. *Integração vertical e incerteza*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Santana, R., 2011. *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos*

como proxy da carga de doença em ambulatório. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Santana, R. & Costa, C., 2008. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, pp. 29-56.

Santana, R., Costa, C., Marques, P. & Lopes, S., 2009. *Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009*, Lisboa: ACSS.

Simões, J., 2004. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 79-90.

Simões, J., 2004. *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões, J., 2009. *Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões, J. et al., 2014. *40 anos de abril na Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.

Simões, J. M. M., 2009. *A dinâmica da criação de empresas impulsionada por instituições de ensino superior em redes de inovação*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Slack, N. et al., 1997. *Administração da produção*. 1ªEd. ed. São Paulo: Atlas.

Vaz, A. M., 2010. *Hospitais públicos portugueses, in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina.

Walston, S., Kimberly, J. & Burns, L., 1996. Owned vertical integration and health care: promise and performance. *Health Care Management Review*, pp. 83-92.

WHO, 2008. *Integrated health services - What and why?*, s.l.: s.n.

Williamson, O., 1994. Strategizing, Economizing, and Economic Organization. Em: *Fundamental Issues in Strategy*. s.l.:Harvard Business School Press.

Williamson, O. E., 1985. *The Economics Institutions of Capitalism*. s.l.:The free press.

World Health Organization, 1978. *Declaration of Alma-Ata : International Conference of Primary Health Care*, Geneva: The World Health Organization.

Anexo

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

O presente questionário, surge no decorrer de um estudo académico realizado no âmbito do Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde da Escola Superior de Gestão de Tomar (ESGT) - Instituto Politécnico de Tomar (IPT), com Orientação do Professor Doutor Eduardo Brou (ESGT) e do Professor Adalberto Campos Fernandes (ENSP/UNL), com objetivo de identificar a integração existente nas Unidades Locais de Saúde.

Agradecemos a sua disponibilidade, garantindo que os dados recolhidos neste questionário permanecerão anónimos e confidenciais, somente permitirão identificar a instituição (Unidade Local de Saúde).

Se necessitar de algum esclarecimento adicional, poderá contactar Ruben Loureiro através do e-mail: ruben.loureiro@hotmail.com.

O questionário é composto por duas páginas, num total de 19 questões, o seu preenchimento deverá ocupar-lhe sensivelmente 10 minutos.

***Obrigatório**

Identificação

1. Unidade Local de Saúde *

Identifique a sua Unidade Local de Saúde
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Matosinhos
- ☐ Litoral Alentejano
- ☐ Baixo Alentejo
- ☐ Nordeste
- ☐ Castelo Branco
- ☐ Guarda
- ☐ Norte Alentejano
- ☐ Alto Minho

2. Grupo profissional *

Identifique a que grupo profissional pertence
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conselho de Administração
- ☐ Administrador Hospitalar
- ☐ Outra:

I - Organização

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

3. **1. O modelo de Unidade Local de Saúde tem pontos fortes do ponto de vista assistencial. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

4. **2. O enquadramento legal acerca das Unidades Locais de Saúde é explícito. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

5. **2.1 O enquadramento legal das Unidades Locais de Saúde tem benefícios em relação ao enquadramento das Unidades Hospitalares não integradas. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

6. **3. Existe uma política de incentivos nas Unidades Locais de Saúde que estimula a integração. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

7. **4. Os profissionais afetos conhecem as estratégias e as orientações a seguir, para cumprir uma boa integração, no âmbito da Unidade Local de Saúde em que se inserem. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

8. **5. As equipes de trabalho são compostas por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Hospitalares. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

9. **6. Os serviços auxiliares (patologia clínica, nutrição, psicologia, etc) colaboram com todas as áreas funcionais da Unidade Local de Saúde. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

10. **7. Existem reuniões frequentes entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

11. **8. A Unidade Local de Saúde permitem otimizar os modelos de referênciação. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

12. **8.1. Existem linhas orientadoras no sentido de diminuir o número de "referenciações" dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

13. **8.2. Existem penalizações para os profissionais que "referenciem" utentes inadvertidamente. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

14. **9. Existe acesso ao processo clínico do doente em qualquer nível de cuidado. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

15. **10. O modelo de requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) tornou-se mais eficiente com a criação da Unidade Local de Saúde. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

16. **11. Existe solicitação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) a entidades exteriores. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

17. **12. Existe consultas de telemedicina entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

18. **13. As consultas de especialidade e/ou seguimento estão bem sincronizadas entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

II - Otimização da prestação de Cuidados

https://docs.google.com/forms/d/1nZSCBtgYc80-6_CE6gGkOUUgaE18gbEhNnxkKSn3gtw/printform

5/7

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

19. **14. Nos Cuidados de Saúde Primários, tem existido alargamento do horário de funcionamento, para uma maior cobertura da população. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

20. **15. Nos Cuidados de Saúde Primários, existiu abertura de novas unidades ou constituição de novas Unidades de Saúde Familiares (últimos 5 anos). ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

21. **16. Nos Cuidados de Saúde Primários existiu aumento do investimento, com objetivo de melhorar a prestação dos cuidados. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

22. **16.1. Se sim, em que áreas foi aplicado?**

.....

23. **17. Existe centralização nas áreas de apoio da Unidade Local de Saúde. ***

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

05/11/2015

Integração Vertical nas Unidades Locais de Saúde

24. 17.1. Se sim, em que áreas?

25. 18. Existe homogeneização dos consumos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares? *

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

26. 19. A aquisição de artigos de consumo, medicamentos e dispositivos clínicos é realizada pela mesma entidade de compras. *

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 5 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

27. 19.1. Esta aquisição é realizada em conjunto entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares. *

(Assinale abaixo a sua resposta onde 1 corresponde "de modo nenhum aplicável" e 7 "totalmente aplicável")

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Com tecnologia

